

L'approccio psicosociale alla valutazione dell'esito della schizofrenia

FRANCO VELTRO

La componente psicosociale dell'esito (*outcome*) della schizofrenia è stata esaminata in numerosi studi di follow-up, a partire dai primi anni di questo secolo.

Nei primi studi, condotti tra il 1900 e il 1950, tale componente è stata valutata in termini generici di recupero (presente o assente) del funzionamento sociale (*social recovery*). La percentuale dei casi in cui tale recupero si verificava è stata stimata dai vari autori tra il 30% e il 61%. Lo studio più significativo di questo periodo, per la lunghezza del follow-up (superiore ai 15 anni) e per la numerosità del campione esaminato (328 pazienti), può essere considerato quello di Mayer-Gross (1932).

Nel 1956, Harris *et al.* hanno condotto uno dei primi studi di follow-up in cui veniva presa in considerazione anche la gravità della compromissione sociale dei pazienti, classificando questi ultimi come completamente autonomi nella vita quotidiana, o non autonomi ma in grado di vivere nella comunità, o completamente dipendenti. Le percentuali dei pazienti rientranti in questi tre gruppi erano stimate essere, rispettivamente, del 45%, 12% e 43%.

A partire dagli anni '70, la metodologia degli studi di follow-up dei pazienti schizofrenici ha subito un notevole affinamento. Tra i perfezionamenti più significativi possono essere ricordati:

a) la selezione dei pazienti all'epoca del loro primo ricovero (Biehl *et al.*, 1986; Shepherd *et al.*, 1989);

b) l'utilizzazione di criteri operativi per la diagnosi e di interviste diagnostiche strutturate (Tsuang & Winokur, 1975; Biehl *et al.*, 1986; Sartorius *et al.*, 1986; Shepherd *et al.*, 1989);

c) la valutazione della riproducibilità (*inter-rater reliability*) tra i ricercatori nell'uso degli strumenti di misura e delle interviste diagnostiche (Sartorius *et al.*, 1986);

d) l'estensione del periodo di follow-up ad almeno 5 anni (Ciompi & Muller, 1976; Bleuler, 1978; Huber *et al.*, 1980; Moller *et al.*, 1982; Sartorius *et al.*, 1986; Biehl *et al.*, 1986; Shepherd *et al.*, 1989).

Soltanto in alcuni di questi studi di follow-up più recenti, tuttavia, sono stati utilizzati metodi standardizzati per la valutazione dell'esito psicosociale (Moller *et al.*, 1982.; Sartorius *et al.*, 1986; Sheperd *et al.*, 1989). Spesso, infatti, l'esito è stato valutato solo mediante indici eccessivamente generici, come l'adattamento sociale (Ciompi & Muller, 1976) e la riduzione del livello di «funzionamento sociale» (Huber *et al.*, 1980), oppure fortemente influenzati da fattori estranei alla patologia, come la percentuale di pazienti disoccupati o dediti al vagabondaggio (*homeless*).

Un progresso decisivo nella valutazione dell'esito psicosociale della schizofrenia si è avuto con l'introduzione di strumenti riproducibili per l'accertamento della disabilità sociale. Tra questi i più usati sono la *Disability Assessment Schedule* (DAS) (WHO, 1988), la *Social Adjustment Scale* (Schooler *et al.*, 1979), la *Social Behaviour Schedule* (Wykes & Sturt, 1986), il *Life Skills Profile* (Rosen *et al.*, 1989) e la *Social Behaviour Assessment Schedule* (Platt *et al.*, 1980).

Tutti questi strumenti sono interviste semi-strutturate, con l'unica eccezione del *Life Skill Profile*, che è un questionario autocompilato. La fonte d'informazione è rappresentata dalla persona esaminata e dall'«informatore-chiave», cioè la persona che passa la maggior parte del tempo a contatto con il soggetto (un familiare, un amico o anche un operatore dei servizi psichiatrici, se il soggetto frequenta una struttura intermedia). Il periodo di riferimento

Indirizzo per la corrispondenza: Dr. F. Veltro, Istituto di Psichiatria, Prima Facoltà Medica, Università di Napoli, Largo Madonna delle Grazie, 80138 Napoli.

Fax (+39) 045-449.938.

per la raccolta delle informazioni è il mese o la settimana precedente l'intervista (con l'unica eccezione della *Social Adjustment Scale* che fa riferimento agli ultimi due mesi). Le aree esplorate sono quelle relative alla «cura di sé» alla «partecipazione alla vita sociale e familiare», al «lavoro», allo «studio» all'«independenza nelle attività comuni della vita quotidiana».

L'uso degli strumenti suddetti consente di esaminare in modo analitico i diversi aspetti del comportamento personale e sociale di un individuo e di confrontare i risultati di ricerche condotte in luoghi e su popolazioni differenti.

Anche questi strumenti, tuttavia, pongono una serie di problemi metodologici, che sono attualmente al centro dell'attenzione dei ricercatori:

a) la difficoltà di separare nettamente la disabilità sociale dai sintomi della malattia;

b) la difficoltà di definire quali sono le abilità normali per un individuo in uno specifico contesto socio-economico-culturale;

c) la difficoltà nel valutare le abilità in soggetti che sono poco impegnati in attività lavorative e rapporti sociali a causa di circostanze ambientali;

d) la difficoltà nell'adattare strumenti di misura concepiti per un determinato contesto culturale e geografico ad un altro contesto;

e) le difficoltà relative all'informatore chiave (una persona che, per il fatto di vivere quotidianamente a stretto contatto con l'ammalato e di sopportare in larga misura il peso della sua assistenza può essere indotta a valutarne in maniera non attendibile la disabilità sociale (Brewin *et al.*, 1990);

f) la possibile discrepanza tra il concetto di funzionamento sociale che ha il familiare-chiave e quello che ha lo psichiatra (ad esempio, una marcata acccondiscendenza del soggetto alle istruzioni dei suoi congiunti nelle attività quotidiane può rappresentare un indice di funzionamento sociale positivo dal punto di vista dell'informatore-chiave, mentre può assumere il significato di mancanza di iniziativa e di autonomia per lo psichiatra).

La valutazione dell'esito psicosociale della schizofrenia può anche giovare dell'accertamento del carico familiare (*family burden*), cioè delle difficoltà incontrate dai conviventi come conseguenza dell'assistenza prestata al paziente, per quanto si debba dire che fino ad oggi tale area non è stata indagata in nessuno studio di follow-up.

I principali strumenti di valutazione del carico familiare sono la *Social Behaviour Assessment Schedule* (Platt *et al.*, 1980), l'*Interview Schedule for Mea-*

suring Social Burden (Pay & Kapur, 1981) e il *Questionario per i Problemi Familiari* (Morosini *et al.*, 1991). I primi due sono interviste semi-strutturate, il terzo è un questionario autocompilato.

I problemi principali legati alla valutazione del carico familiare sono:

a) la difficoltà nel distinguere il *family burden* (le avversità incontrate dai familiari come conseguenza dell'assistenza prestata al paziente) dai problemi secondari a fattori estranei alla malattia stessa (*hardships*);

b) la difficile delimitazione tra le dimensioni del carico «oggettivo» (aumento delle spese, riduzione dei contatti sociali e tutti i problemi «concreti» conseguenti all'assistenza al paziente) e «soggettivo» (il disagio percepito dai familiari e da essi attribuito al paziente);

c) la difficoltà nello stimare i vantaggi/successi che non si sono avuti nel familiare-chiave a causa del tempo dedicato all'assistenza al paziente;

d) la scelta dell'informatore, che a seconda delle sue capacità di fronteggiare i problemi (*coping*), della frequenza di contatto e della qualità del rapporto interpersonale con il paziente può vivere in maniera più o meno accentuata determinate difficoltà.

Tutti questi problemi metodologici che si incontrano nella valutazione della disabilità sociale e del carico familiare rendono difficile l'interpretazione dei risultati degli studi recenti che su tale valutazione sono basati.

Va tenuto conto, inoltre, che la generalizzabilità dei risultati di questi studi è condizionata dal tipo di contesto assistenziale e sociale in cui sono stati condotti.

Infine, va sottolineato che l'esito psicosociale della schizofrenia dipende naturalmente in larga misura dal trattamento che il paziente ha ricevuto. In effetti, l'effettuazione di indagini sul decorso «naturale» della schizofrenia è ormai da tempo diventata impossibile e lo studio dell'esito psicosociale della malattia ha in pratica lasciato il posto della valutazione comparativa degli esiti psicosociali dei vari trattamenti che vengono attuati nei pazienti schizofrenici.

BIBLIOGRAFIA

- Biehl M. N., Maurer K., Schubart C., Krumm B. & Jung E. (1986). Prediction of outcome and utilization of medical Services in a prospective study of first onset schizophrenics: results of a

- five-year follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 236, 139-147.
- Bleuler M. (1978). *The Schizophrenic Disorders: Long-term Patient and Family Studies*. Yale University Press: New Haven.
- Brewin C. R., Veltro F., Wing J. K., MacCarthy B. & Brugha T. S. (1990). The assessment of psychiatric disability in the community: a comparison of clinical, staff and family interviews. *British Journal of Psychiatry* 157, 671-674.
- Ciampi L. & Muller C. (1976). *Lebesweg und Aller der Schizophrenen*. Springer-Verlag: Berlin.
- Harris A., Linker I., Norris V. & Shepherd M. (1956). Schizophrenia: a prognostic and social study; *British Journal of Preventive and Social Medicine* 10, 107-114.
- Huber G., Gross G., Schuttler R. & Linz M (1980). Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 6, 593-605.
- Mayer-Gross W. (1932). Die Schizophrenie. In *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Vol. 9, (ed. D. Bumke), pp. 534-578. Springer-Verlag: Berlin.
- Moller H. J., von Zersen D., Werner-Eilert K. & Wuschner-Stockeim M. (1982). Outcome in schizophrenia and similar paranoid psychoses. *Schizophrenia Bulletin* 8, 99-108.
- Morosini P., Roncone R., Veltro F., Palomba U. & Casacchia M. (1991). Routine assessment tool in psychiatry: the Questionnaire on Family Attitudes and Burden. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences* 1, 95-101.
- Pai S. & Kapur R. L. (1981). The burden on the family of psychiatric patients: development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatry* 138, 332-337.
- Platt S., Weyman A. & Hirsch S. (1980). The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry* 15, 43-55.
- Rosen A., Hadzi-Pavlovic D. & Parker G. (1989). The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 15, 325-337.
- Sartorius N., Jablensky A., Korten A., Ernberg G., Anker M. Cooper J. E. & Day R. (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psychological Medicine* 16, 909-928.
- Schooler N., Hogarty G., Weissman M. M. (1979). Social Adjustment Scale-II (SAS-II). In *Resource Materials for Community Mental Health Program Evaluators* (ed. W. Q. Hargreaves, C. C. Attkisson and J. E. Sorenson) Publication No (ADM) 79-328, Us Dept. of Health, Education and Welfare: Washington.
- Shepherd M., Watt D., Falloon I. & Smeeton N. (1989). *The Natural History of Schizophrenia: A Five-year Follow-up of Outcome and Prediction in a Representative Sample of Schizophrenics*. Psychological Medicine Monograph Supplement 15, Cambridge University Press: Cambridge.
- Tsuang M. T. & Winokur G. (1975). The Iowa 500: fieldwork in a 35-year follow-up of depression, mania and schizophrenia. *Canadian Psychiatric Association Journal* 20, 359-365.
- World Health Organization (1988). *Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)*. WHO: Geneva.
- Wykes T. & Sturt E. (1986). The measurement of social behaviour in psychiatric patients. An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *British Journal of Psychiatry* 148, 1-11.

ESERCIZI DI EPIDEMIOLOGIA

di Maria Luisa Moro, Marina Davoli, Roberta Pirastu

Un libro di 378 pagine.
Lire 48.000

Con il patrocinio dell'Associazione Italiana di Epidemiologia

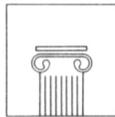
Come apprendere l'epidemiologia in modo rapido e "intelligente"?

Negli ultimi decenni, il perfezionamento dei metodi di ricerca epidemiologica si è accompagnato ad una graduale espansione dei campi di applicazione di tale disciplina: basti pensare alla diffusione dell'uso di metodi epidemiologici nell'ambito della ricerca clinica.

L'organizzazione e la pianificazione dei servizi sanitari in ragione dei bisogni di salute della popolazione; l'individuazione dei fattori di rischio di malattia; la valutazione degli interventi preventivi; lo studio della storia naturale delle malattie e degli interventi diagnostici e terapeutici: sono questi solo alcuni dei livelli in cui l'epidemiologia dà quotidianamente il proprio contributo.

Oggi è previsto finalmente l'insegnamento della Statistica nel piano di studi della Facoltà di Medicina e Chirurgia e si sono moltiplicati i corsi di Epidemiologia a livello nazionale e locale. Ma l'apprendimento di questa disciplina è molto facilitato dall'opportunità di svolgere esercizi, risolvere problemi, applicare praticamente i principi teorici illustrati nei manuali.

Questo libro, il primo in Italia nel suo genere, è concepito secondo la tecnica del problem-solving ed è parte frutto dell'esperienza di esperti italiani, parte, invece, materiale didattico di autorevoli istituzioni internazionali: dai Centers for Disease Control, al National Institute for Occupational Safety and Health degli Stati Uniti, alla London School of Hygiene and Tropical Medicine.



Il Pensiero Scientifico Editore

via Bradano 3/c - 00199 Roma
Tel. (06) 86207158/59/68/69