

## Comorbidità psicopatologiche e qualità della vita in un campione di pazienti psichiatrici

### *Psychopathological comorbidity and quality of life in a sample of psychiatric patients*

ANTONINO BUZZANCA<sup>1</sup>, FABIO DI FABIO<sup>2</sup>, LUCIA BONCORI<sup>1</sup>, MASSIMO BIONDI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facoltà di Psicologia 1, Sapienza Università di Roma

<sup>2</sup>Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma

**RIASSUNTO. Introduzione.** Il riscontro di comorbidità psicopatologiche in pazienti psichiatrici è un dato comune nelle osservazioni epidemiologiche. Il valore delle co-diagnosi è stato criticato, avanzando il dubbio che le co-diagnosi fossero un artefatto indotto da difetti del sistema nosografico e non rispondessero a condizioni reali di maggior disturbo. Scopo della presente ricerca è verificare la presenza di disturbi plurimi dei primi due Assi del DSM-IV in pazienti con esordio psicopatologico di episodi psicotici acuti e ripetuti, quindi esplorare i correlati delle comorbidità con parametri di qualità della vita. **Materiali e metodi.** Il campione è costituito da 30 pazienti con diagnosi principali appartenenti all'Asse I, considerate categorie di psicosi maggiori, e da 39 volontari, senza precedenti o attuali disturbi psicotici. Sono stati utilizzati due strumenti: un questionario sulla qualità della vita (MOS) e un test psicodiagnostico (TALEIA 400A). Per verificare la maggior frequenza di psicopatologie nei pazienti rispetto al campione di controllo è stata effettuata un'analisi della varianza multivariata; la correlazione bivariata è stata utilizzata per la verifica dell'ipotesi di correlazione negativa tra numero di disturbi per soggetto e punteggio ottenuto al questionario sulla qualità della vita. **Risultati.** Il gruppo di pazienti ha una frequenza di psicopatologie significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo ( $p=0,0007$ ); sottogruppi di pazienti caratterizzati da diversa numerosità e tipologia di co-diagnosi appaiono anche significativamente diversi per elevazione generale del profilo e presenza di disturbi del pensiero; la correlazione tra co-diagnosi e qualità della vita è significativa e negativa ( $r=-0,62$ ,  $p<0,01$ ). **Conclusioni.** I dati sono in linea con altri studi che hanno dimostrato l'ipotesi che la comorbidità sia interpretabile come un indice della gravità del disturbo.

**PAROLE CHIAVE:** comorbidità psicopatologiche, schizofrenia, qualità della vita, TALEIA 400A.

**SUMMARY. Introduction.** Psychopathological comorbidity in psychiatric patients is a common issue of epidemiological studies. Still, co-diagnoses have been suspected of being an artefact of a defective nosography rather than a realistic representation of multiple disorders co-existing in the same patient. This research aims at studying multiple disorders related to Axis I and Axis II of the DSM-IV in patients suffering from multiple, acute, and recurring psychotic episodes. Further, we aim to explore correlations between multiplicity of disorders and quality of life. **Materials and methods.** The experimental sample includes 30 patients having principal diagnoses belonging to the Axis I, regarded as major psychoses, and the control sample includes 39 volunteers, without any present or previous psychotic disorder. As to measuring instruments, two questionnaires have been used: the MOS (Medical Outcomes Study Short Form Health Survey, by Stein et al.) and TALEIA-400A (Test for Axial Evaluation and Interview for clinical, personnel, and guidance Applications, by L. Boncori et al.). A multiple analysis of variance has been calculated to verify differences in number of disorders between experimental and control groups, and bivariate correlations to verify negative relationship between co-diagnoses and quality of life. **Results.** The patients' group showed significantly more disorders than the control group ( $p=0.0007$ ); subgroups of patients different in number and quality of co-diagnosis also significantly differed as to overall profile elevation and as to cognitive efficiency; the correlation between co-diagnoses and quality of life is significant and negative ( $r=-0,62$ ,  $p<0.01$ ). **Conclusions.** Our data fit to outcomes from other studies showing that comorbidities can be regarded as an index of disorder severity.

**KEY WORDS:** psychopathological comorbidity, schizophrenia, quality of life, TALEIA 400A.

## INTRODUZIONE

Nella letteratura che si occupa di epidemiologia psichiatrica degli ultimi venticinque anni la rilevazione della presenza di sintomi che corrispondono a criteri per diagnosi multiple di disturbi mentali è un dato comune nelle ricerche che utilizzano interviste strutturate (1-3). Alte percentuali di co-occorrenza di disturbi appartenenti all'Asse I e all'Asse II del DSM-IV sono state segnalate in ampi campioni di pazienti psichiatrici (4). Nella pratica clinica, invece, le numerose comorbidità sono in genere valutate come un problema (5) e si tende a sostenere l'assunto che gli stessi autori del DSM-IV incoraggiano a perseguire, e cioè annotare «una diagnosi principale o la ragione della visita» (7), nonostante lo scardinamento dei criteri gerarchici che lo sviluppo del sistema DSM ha intrapreso a partire dalla III edizione (6). Per alcuni autori le comorbidità psicopatologiche non sono altro che un artefatto del sistema di classificazione (8); altri sostengono invece che consentono di identificare dei profili psicopatologici particolari (4). Una questione che si pone, dunque, è se la presenza di criteri non gerarchici abbia svelato l'esistenza di più patologie che non emergevano per una priorità data alla sindrome "più importante", o se questi criteri abbiano portato a separazioni "artificiali" di sindromi, a cui ha concorso anche il criterio politetico, il quale ha allargato la variabilità dei sintomi per i singoli disturbi di personalità (6). Questo problema costituisce uno dei motivi fondamentali della tensione verso una classificazione nosografica che apra la strada a una ricerca eziologica. Ma ci sono ulteriori questioni che hanno dei legami concreti nella pratica clinica attuale. E cioè, qual è il significato delle correnti comorbidità psicopatologiche? E ancora, ci sono dei correlati che possono essere esplorati per valutarne l'influenza sulla vita dei pazienti con diagnosi multiple?

Gli studi sulla valutazione dell'impatto sociale e clinico della presenza di una psicopatologia, oltre ai classici indicatori clinici che si riferiscono essenzialmente alla presenza-assenza di sindromi e/o a singoli sintomi particolarmente debilitanti, hanno fatto uso di costrutti come quello della qualità della vita (QOL, Quality of Life) o di appagamento (*satisfaction*) della vita. Tali costrutti sono stati utili nella valutazione delle misure del trattamento sia psicoterapico sia farmacologico (9). In questi ultimi decenni sono aumentate le ricerche sulla qualità della vita come costrutto con misure sia oggettive (dati economici, come il reddito e la stabilità del lavoro, relazionali, come la stabilità delle relazioni familiari, informazioni di tipo psichiatrico-sociale, come la dipendenza da sostanze, ecc.) sia soggettive (10). In una sintesi della letteratura sugli studi della qualità

della vita effettuata da Boncori (11), viene evidenziato uno spostamento dagli indicatori oggettivi a indicatori percepiti dagli interessati, soggettivi, i quali hanno chiaramente dimostrato di essere più utili per individuare i fattori che, a parità di condizioni oggettive di disagio, spiegano una migliore qualità della vita percepita.

Nella scelta di uno strumento per la valutazione della qualità della vita, si pone quindi il problema di avere una chiara definizione del costrutto che includa indicatori validi a misurare quegli aspetti che in base alla letteratura scientifica potrebbero risultare problematici per le singole categorie di soggetti per i quali si vuole verificare lo stato di benessere-malessere (12). Per la valutazione dell'influenza sulle persone di importanti psicopatologie, si dovrebbero individuare gli aspetti rilevanti sui quali la malattia potrebbe determinare sensibili cambiamenti che avrebbero effetti notevoli sulla loro qualità della vita. Questo rapporto è stato utilizzato in un'importante ricerca come argomento per verificare se la comorbidità psicopatologica sia un artefatto o meno. Dai dati emersi dallo studio si concludeva che le comorbidità segnalate fossero in effetti correlate a un maggiore stato di disagio (13). Altre ricerche hanno evidenziato che le comorbidità sono associate a una durata effettivamente più lunga del disturbo in termini di anni (14), o a uno stato patologico più grave (15).

Per quanto riguarda la valutazione della qualità della vita di pazienti affetti da psicosi maggiori, negli ultimi decenni ha assunto importanza sia per le informazioni che si possono ricavare per verificare l'efficacia dei trattamenti (9) sia per verificare il contributo di psicopatologie concomitanti (16), o anche per verificare lo stato di salute generale della popolazione in oggetto (17).

Fino agli anni '80 del secolo scorso i trattamenti per la schizofrenia sono stati basati principalmente su valutazioni obiettive dei sintomi psicotici. La gestione delle malattie mentali croniche "deistituzionalizzate" ha portato a considerare altri tipi di accertamenti e misurazioni tra cui, appunto, la qualità della vita (18). Gli accertamenti iniziali sulla qualità della vita sono stati condotti utilizzando misure obiettive come criterio di validità per le misure soggettive. Nei pazienti con malattie mentali croniche, le qualità obiettive e soggettive non erano correlate (19) o lo erano molto poco (20). Nei pazienti schizofrenici, comunque, la valutazione della qualità della vita soggettiva ha avuto una buona affidabilità e validità concorrente (19,21). La misura soggettiva della qualità della vita può essere considerata quindi un indicatore pertinente dello stato di salute nei pazienti schizofrenici stabilizzati.

La qualità della vita dei pazienti con diagnosi di schizofrenia è influenzata da vari fattori e molti di questi possono rientrare nelle categorie dei funzionamenti di ruolo, sociale e fisico (22,23), categorie che sono importanti per la valutazione anche dei pazienti di medicina generale con gravi patologie croniche (24). Baker e Intagliata (25), valutando i servizi per la comunità psichiatrica di base nello Stato di New York hanno trovato che le persone intervistate, comparate con un campione rappresentativo della popolazione generale confrontabile per età, condizioni economiche e socio-culturali, erano meno soddisfatte particolarmente per la loro condizione di salute e per aspetti attinenti alle funzioni sociali e di ruolo. Inoltre, Beker, et al. (26) hanno studiato come l'ampiezza della rete sociale influenzi la qualità della vita, trovando che il numero medio di contatti sociali è correlato con un più alto grado di qualità della vita. Sullivan, et al. (27) hanno trovato che la qualità della vita varia con i sintomi depressivi e le interazioni familiari, in modo negativo con l'associazione dei primi, in modo positivo con l'aumento e i buoni rapporti delle seconde. Anche Reine, et al. (16) hanno riscontrato un relazione tra i sintomi depressivi e una soggettiva peggiore qualità della vita nei pazienti schizofrenici nella fase cronica.

Potrebbe sembrare che ricerche passate brevemente in rassegna in questa introduzione presentino risultati ovvi e anche banali: si riscontra che due o più patologie hanno un effetto peggiorativo sulla qualità della vita più che una sola patologia; la depressione peggiora la qualità della vita negli schizofrenici, ecc. Ma l'ovvietà viene a cadere quando si considera la modalità diagnostica attraverso cui vengono rilevate le psicopatologie: le patologie in questione non costituiscono malattie nel senso stretto del termine, cioè non si sa nulla sulle cause (etiologia) e si sa poco sui processi fisiopatologici e le interazioni ambientali, rispetto alla complessità dei comportamenti e dei sintomi che ne derivano. I sistemi nosografici non possono che essere, almeno per ora, costituiti da raggruppamenti di sintomi.

Quindi, risultati che mettono in relazione il numero di patologie con alcuni indicatori di particolari e importanti aspetti della vita delle persone affette in vario modo da patologie mentali possono corroborare l'ipotesi che le varie patologie riscontrate in co-occorrenza siano un indice della gravità del disturbo. Le informazioni che derivano dalla conoscenza dei tratti caratterizzanti i disturbi diagnosticati potrebbero costituire, inoltre, importanti indicazioni, anche se non le uniche, per programmare gli interventi terapeutici.

I risultati della ricerca di Sullivan, et al. (27), che hanno trovato una correlazione positiva tra qualità del-

la vita e numero di relazioni sociali, potrebbero sembrare a un primo approccio scontati, ma ci si potrebbe chiedere, per esempio, cosa differenzi gli schizofrenici che hanno un basso numero di relazioni sociali da quelli che ne stabiliscono un numero più alto. In base alla letteratura, i tratti di isolamento sociale potrebbero essere imputabili a quelle caratteristiche dei disturbi di personalità del Cluster A quali il disturbo schizotipico, che spesso è stato riportato come caratteristica predisponente. L'individuo con caratteristiche schizotipiche «ha pochi amici su cui confidare i quali lo trovano chiuso come carattere. I loro affetti possono essere inibiti, e possono avere difficoltà ad ingaggiare rapporti personali» (28). Il disturbo paranoide è caratterizzato dal sospetto che potrebbe portare all'allontanamento dagli altri; il disturbo schizoide è caratterizzato dall'asocialità e dalla mancanza di godimento dai rapporti interpersonali. Se queste caratteristiche fossero diagnosticabili in co-occorrenza con la schizofrenia e ci fossero individui con diagnosi di schizofrenia che si differenziano per il numero di disturbi del Cluster A, nel senso che potrebbero non avere o aver un numero variabile di tali disturbi, allora ciò potrebbe portare a variazioni nella rete di relazioni che l'individuo affetto da schizofrenia potrebbe stringere o ad altre conseguenze che comporterebbero una variazione nella qualità della vita. Se queste variazioni fossero riscontrabili, ciò costituirebbe un'importante informazione e una conferma alla validità della diagnosi di comorbidità.

Questo lavoro prenderà in considerazione la validità diagnostica dei sistemi nosografici attualmente più diffusi; accerterà l'efficacia diagnostica attraverso la rilevazione di disturbi psicotici in soggetti che hanno avuto diagnosi sull'Asse I, per la maggior parte di schizofrenia, per mezzo del confronto con un gruppo di controllo, per stabilire se il sistema abbia criteri che permettano di differenziare individui che possiedono le caratteristiche da quelli che non li possiedono. In base alle informazioni che la letteratura mette a disposizione, si può prevedere che pazienti psichiatrici che hanno avuto diversi episodi psicotici avranno, oltre alla diagnosi "principale", diverse comorbidità (4). L'effetto di tali comorbidità può essere valutato attraverso una "misurazione" del livello di qualità della vita, se il costrutto comprende le aree che sono state valutate importanti per il benessere nella vita quotidiana di persone affette da gravi patologie. Se il numero di co-occorrenze influisce sul livello della qualità della vita ciò corroborerà l'ipotesi che le comorbidità sono un indice di gravità della condizione dei pazienti.

L'obiettivo della presente ricerca è la verifica, e quindi la valutazione, della presenza di patologie ap-

partenenti a disturbi dell'Asse I del DSM-IV e della presenza di comorbidità tra disturbi dei primi due Assi (a esclusione del ritardo mentale), in soggetti con esordio di episodi psicotici acuti e ripetutisi poi in modo frequente. Facendo riferimento ai sistemi nosografici DSM-IV e ICD-10, si è deciso di verificare la diagnosi attraverso uno strumento di misura standardizzato, il test TALEIA (29), che a differenza di come potrebbe fare un operatore clinico (psichiatra o psicologo), applica i criteri diagnostici del sistema senza "pregiudizi" sulle gerarchie e le possibili comorbidità, e senza la distorsione percettiva dovuta all'effetto di rilevanza di alcune sindromi. Si è deciso, inoltre, di valutare l'impatto sociale e clinico delle patologie attraverso la somministrazione di un questionario sulla qualità della vita percepita dal paziente (24). L'obiettivo sopra esposto è stato tradotto quindi nella formulazione esplicita di diverse ipotesi, suddivise in due fasi. Nella prima, che contiene le ipotesi basilari, è stata verificata la presenza di patologie dell'Asse I e la presenza di comorbidità tra disturbi psicopatologici dei primi due Assi; nella seconda è stato valutato l'effetto delle patologie e delle comorbidità sulla misura della qualità della vita.

## MATERIALI E METODI

### *Gli strumenti*

Come introdotto nel paragrafo precedente, sono stati utilizzati due strumenti: TALEIA 400 di Boncori (29), test per la valutazione delle psicopatologie e dei disturbi di personalità riferiti ai criteri diagnostici del DSM-IV e del ICD-10, e il Medical Outcomes Study Short Form Health Survey di Stein, et al. (24) nell'adattamento italiano di Boncori (11), per la valutazione della qualità della vita percepita.

TALEIA (Test for Axial Evaluation and Interview for clinical, personnel, and guidance Applications) è uno strumento costruito come sussidio per la psicodiagnosi, destinato all'utilizzazione nelle situazioni professionali più comuni: diagnosi clinica, selezione del personale, orientamento e *counseling*. Include un questionario che valuta otto disturbi clinici e dieci di personalità, assumendo come indicatori i criteri diagnostici definiti da DSM-IV e ICD-10 per i disturbi stessi. Le scale riferite all'Asse I sono: S - Schizofrenia; D - Depressione; M - Ipomania e mania; AA - Ansia acuta e attacchi di panico; FO - Sindromi fobiche; SOC - Sindrome ossessivo-compulsiva; AG - Ansia generalizzata; AL - Disturbi da alterato comportamento alimentare. Le scale riferite all'Asse II sono: PP - Disturbo di personalità (d'ora in poi: DP) paranoide; PSK - DP Schizoide; PSKT - DP Schizotipico; PAS - DP antisociale; PB - DP borderline; PI - DP istrionico; PN - DP narcisista; PEV

- DP evitante; PD - DP dipendente; POC - DP ossessivo-compulsivo o anancastico. Le scale di controllo sono: L - Tendenza a presentare un'immagine favorevole di sé (desiderabilità sociale); F - Tendenza a presentare un'immagine sfavorevole di sé (autoattribuzione di disturbi poco frequenti); INC - Incongruità variabile fra le risposte. I criteri di costruzione che vengono applicati mirano a costruire quesiti le cui risposte siano interpretabili non tanto come autodescrizioni quanto come comportamenti verbali, il cui rapporto con le variabili misurate viene verificato empiricamente. Il questionario è integrato da un colloquio standardizzato, le cui domande sono selezionate da un software dedicato che automaticamente stampa i quesiti adatti ai singoli profili basati sulle risposte al questionario.

Il MOS (Medical Outcomes Study Short Form Health Survey) si compone di 20 quesiti, utilizzabili come questionario oppure in forma di intervista. Considera sei dimensioni dello stato di salute: Funzionamento fisico, Funzionamento di ruolo, Funzionamento sociale, Salute mentale, Percezione della salute, Percezione del dolore (24).

### *Il campione*

In questa ricerca il campione è composto da 69 partecipanti, divisi in 2 gruppi: gruppo sperimentale e gruppo di controllo. Per il gruppo sperimentale sono stati considerati 30 pazienti, tra quelli degenti presso il reparto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del Policlinico "Umberto I" della Sapienza Università di Roma. Il gruppo si compone di 12 donne e 18 uomini, con età dai 20 ai 62 anni (MA= 40,4) e livello culturale medio (prevalenza medie superiori). Le diagnosi principali di questi pazienti, presenti sulla cartella clinica, appartengono quasi totalmente ai disturbi dell'Asse I del DSM-IV, considerate categorie di psicosi maggiori, distribuite come segue: 10 Ss Schizofrenia tipo indifferenziato; 7 Ss Disturbo schizoaffettivo tipo depressivo; 3 Ss Disturbo delirante; 2 Schizofrenia paranoide; 2 Ss Disturbo schizofreniforme; 4 Ss Depressione maggiore, con presenza di deliri; 1 S Disturbo schizoaffettivo tipo bipolare; 1 S Disturbo borderline con episodi psicotici acuti. In quasi tutti i pazienti tra i principali sintomi riferiti si riscontrano deliri e allucinazioni acustiche, deflessioni dell'umore, depressione; per tutti i pazienti l'esordio psicopatologico è avvenuto con un episodio psicotico acuto e i ricoveri successivi sono dovuti al ripetersi degli episodi, dato di rilevante importanza ai fini di questa ricerca. Al momento dell'inclusione nello studio, tutti i pazienti erano sottoposti a trattamento farmacologico. Il gruppo di controllo, composto da 39 persone, è stato reclutato tra soggetti volontari, quindi un campione non casuale ma di comodo, senza precedenti disturbi psicotici, corrispondenti per genere, età e livello culturale al gruppo sperimentale. I soggetti di tutto il campione hanno come luogo di nascita e residenza la regione Lazio, con una prevalenza della provincia di Roma. Tutti i soggetti hanno accettato di prendere parte allo studio firmando una dichiarazione scritta di consenso informato.



### Procedura

Tutti i pazienti candidati alla somministrazione dei due strumenti, sono stati sottoposti a un'intervista strutturata preliminare per valutare la capacità dei soggetti di rispondere a un questionario. L'intervista prevedeva alla fine una valutazione globale delle risposte in un giudizio che comprendeva i seguenti cinque livelli:

1. Il Soggetto non è assolutamente capace di rispondere in modo attendibile a un questionario.
2. È probabile che molte risposte al questionario saranno poco attendibili.
3. La valutazione delle risposte al questionario appare a rischio.
4. Sostanzialmente è in grado di dare risposte attendibili a un questionario.
5. È certamente in grado di rispondere in modo attendibile a un questionario.

Sono stati inseriti nello studio i pazienti che rientravano almeno nel livello 4, con una media, dei trenta pazienti componenti il gruppo sperimentale, di 4,6. Abbiamo sistematicamente registrato le caratteristiche demografiche, sociobiologiche e cliniche attraverso l'uso di un questionario. Ai pazienti è stato somministrato il questionario sulla qualità della vita e il test TALEIA individualmente, con il supporto e la supervisione dei medici psichiatri della struttura sanitaria specificata; al gruppo di controllo è stato somministrato sempre in modo individuale il test TALEIA.

### Analisi statistica

Per la prima ipotesi di ricerca, per verificare se la presenza di psicopatologie tra il gruppo di controllo e il gruppo sperimentale è significativamente diversa, è stato utilizzato un disegno di analisi della varianza multivariata. Il disegno è costituito da una variabile indipendente, cioè l'appartenenza al gruppo sperimentale (soggetti con presenza di episodi psicotici ripetuti) o al gruppo di controllo (soggetti senza presenza di episodi psicotici e diagnosi psichiatrica), e di 18 variabili dipendenti, cioè le scale cliniche del test TALEIA (29).

Anche per la verifica delle ipotesi sulle scale di controllo è stato utilizzato un disegno di analisi della varianza multivariata, la variabile indipendente è il campione e le variabili dipendenti sono le tre scale di controllo (L, F e INC).

L'analisi degli effetti viene valutata attraverso le statistiche Lambda di Wilks e la R di Rao, successivamente, per indagare nello specifico la singola significatività tra le differenze osservate, quindi, per un confronto tra le medie dei gruppi, viene utilizzato il test statistico per confronti *post hoc* HSD di Tukey (per N ineguali). Per le analisi effettuate tramite la Lambda di Wilks e la R di Rao, così come dove è stato effettuato un confronto *post hoc*, è stato utilizzato un livello di significatività  $p < 0,05$ . In presenza di significatività l'ipotesi nulla viene rifiutata.

Per il disegno di ricerca che verifica le ipotesi di correlazione tra punteggi ottenuti nel test TALEIA e punteggi ottenuti al questionario sulla qualità della vita, è stato utilizzato il metodo della Correlazione Bivariata. La Correlazione Bivariata è stata utilizzata, inoltre, per la verifica delle ipotesi di correlazione negativa tra numero di comorbidità per soggetto e punteggio ottenuto al questionario sulla qualità della vita. In ambedue i casi sono considerati significativi valori di  $r$  con  $p < 0,05$  e  $p < 0,01$ .

Per la verifica dell'ipotesi sulla qualità della vita sono state confrontate con un disegno di analisi della varianza le medie dei punteggi al MOS di quattro gruppi suddivisi in base all'assenza di schizofrenia e DP del Cluster A, presenza di schizofrenia, presenza di schizofrenia più un DP del Cluster A e presenza di schizofrenia più tre disturbi del Cluster A. La significatività dell'effetto principale è stata valutata attraverso la statistica F di Fisher. Per indagare la significatività tra le differenze osservate, quindi un confronto tra le singole medie dei gruppi, è stato usato il test HSD di Tukey. Il livello di significatività prescelto è  $p < 0,05$ .

Inoltre, nei disegni di analisi della varianza multivariata (MANOVA) e analisi della varianza (ANOVA), prima di procedere con l'analisi dei dati è stato verificato uno dei criteri per l'applicazione delle suddette tecniche statistiche: la verifica dell'omoschedasticità delle varianze attraverso le statistiche F di Hartley, C di Cochran e Chi quadro di Barlett. Il livello di significatività scelto è  $p < 0,05$ .

Tutte le analisi dei dati sono state effettuate utilizzando i punteggi standardizzati sia del test TALEIA sia del questionario. Tale decisione è stata presa poiché è noto che le risposte date ai questionari di personalità e diagnostici da uomini e donne spesso differiscono significativamente, tanto da indurre gli autori di test a elaborare "norme statistiche" separate per genere. Anche per il test TALEIA sono state riscontrate differenze significative per genere, nella maggior parte delle scale (29). I punteggi standardizzati utilizzati nelle analisi dei dati per la presente ricerca tengono conto di tali differenze poiché elaborati in base a statistiche differenziate per genere.

Per i calcoli è stato utilizzato il software Statistica.

## RISULTATI E DISCUSSIONE

### Verifica dell'ipotesi: presenza di patologia

Prima di calcolare l'analisi della varianza multivariata (MANOVA) per verificare la frequenza di psicopatologia nei soggetti con episodi psicotici a esordio acuto TALEIA è stata effettuata la verifica della omogeneità delle varianze nei due gruppi considerati per tutte le scale cliniche del test.

Considerando le statistiche F di Hartley, C di Cochran e Chi quadro di Barlett, la differenza non è significativa per tutte le scale tranne che per le scale S (schi-

zofrenia),  $p=0,0498$ , e PD (disturbo di personalità dipendente)  $p=0,0168$ . Per la scala della schizofrenia questa disomogeneità delle varianze è spiegabile dal fatto che il gruppo di pazienti è composto da soggetti eterogenei sia per la diagnosi sull'Asse I (alcuni soggetti [5] non hanno diagnosi di schizofrenia), sia nell'ambito della diagnosi di schizofrenia (all'interno vi sono forme differenziate di diagnosi, come specificato nella descrizione del campione), per i criteri politici adottati dal sistema DSM-IV (6).

La mancanza dell'assunzione di omogeneità della varianza, secondo importanti studiosi di metodologia della ricerca (30,31), che citano ambedue copiosa letteratura al riguardo, è stata sopravvalutata e non inficia i risultati se la numerosità dei gruppi posti a confronto è simile (32). Comunque, la disomogeneità tra varianze indurrebbe a "gonfiare" la varianza intragruppo e, «conseguentemente, un test F potrebbe non essere significativo quando in realtà ci sono differenze significative fra le medie» (30) e quindi terremo presente questa possibile distorsione in fase interpretativa.

Per la verifica delle ipotesi, effettuando l'analisi della varianza multivariata, considerando le statistiche Lambda di Wilks e R di Rao, per gdl 18 e 50, il livello  $p=0,0007$  corrobora l'ipotesi che le differenze tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo siano imputabili a fattori diversi dal caso: il gruppo di soggetti con esordio di episodi psicotici e ripetuti ha una frequenza di psicopatologie significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo. L'ipotesi nulla viene rifiutata.

Questo dato concorda con la letteratura e le indagini di follow-up che sostengono una prognosi sfavorevole per i pazienti con esordio di episodi psicotici (33-35), nel senso di una evoluzione frequente verso patologie gravi che non comprendono soltanto la presenza di sintomi di "primo rango" (peraltro, già da soli, gravemente invalidanti). Come si vedrà nell'approfondimento dello studio, attraverso l'analisi della differenza delle medie tra i due gruppi sulle varie scale cliniche, tali patologie rientrano nelle diagnosi di schizofrenia, disturbi dell'umore e altre patologie dell'Asse I a cui si affianca la presenza di vari disturbi di personalità appartenenti all'Asse II.

Da questi risultati non si possono trarre conclusioni in merito allo sviluppo psicopatologico di tutti gli esordi psicotici acuti, in quanto il campione risulta selezionato e non sappiamo nulla dei pazienti con episodi psicotici che non hanno necessitato di successivi ricoveri perché gli episodi potrebbero non essersi ripetuti. Si può però dire che quando gli episodi psicotici acuti si ripetono così da necessitare interventi curativi ripetuti, la diagnosi rientra per lo più nelle patologie psicotiche dell'Asse I del DSM-IV e tra queste la schizofre-

nia e i disturbi dell'umore hanno un rilievo particolare, per le cui diagnosi necessitano criteri diversi dai soli sintomi psicotici, per esempio i sintomi negativi per la schizofrenia. Si sono riscontrate, inoltre, diverse psicopatologie con una frequenza significativamente superiore nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo. Si può dire quindi che gli episodi psicotici, in esordio e ripetuti, sono associati a diverse comorbidità psicopatologiche, nel nostro gruppo sperimentale. Anche in questo caso la selezione del gruppo sperimentale non ci può far concludere che ciò sia vero sempre o se proprio le comorbidità abbiano influito sulla gravità dei disturbi fino a necessitare il ricovero. La letteratura conferma che le diagnosi di comorbidità, soprattutto con i disturbi di personalità, sono la norma nelle popolazioni psichiatriche (36).

Per la verifica della presenza di patologie appartenenti alla schizofrenia e altri disturbi psicotici è stata considerata la scala S; confrontando la media dei due gruppi attraverso il test HSD di Tukey (per N ineguali) è risultato il valore di  $p=0,0002$ . Per valutare la presenza di disturbi dell'umore (episodio depressivo maggiore, disturbo distimico, episodio depressivo grave e distimia) è stata considerata la scala D; confrontando la media dei due gruppi attraverso il test *post hoc* citato, è risultato il valore di  $p=0,02$  (Tabella 1). Sono stati effet-

**Tabella 1. Analisi della varianza multivariata: livelli di significatività al confronto *post hoc*, test HSD di Tukey, delle scale dell'Asse I**

Scale del test Taleia	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo	
	M.A.	M.A.	p
<b>S</b>	7,7	5,3	0,0002*
<b>D</b>	7,2	5,6	0,02*
<b>M</b>	5,0	5,2	0,69
<b>AA</b>	6,4	5,8	0,2
<b>FO</b>	6,9	6,9	0,07
<b>SOC</b>	7,0	5,5	0,01*
<b>AG</b>	6,6	5,8	0,1
<b>AL</b>	7,1	5,7	0,02*
<b>PP</b>	7,3	5,4	0,003*
<b>PSK</b>	7,5	5,2	0,0002*
<b>PSKT</b>	7,6	5,5	0,0003*
<b>PAS</b>	6,5	5,0	0,005*
<b>PB</b>	6,8	5,1	0,005*
<b>PI</b>	6,0	5,1	0,08
<b>PN</b>	5,4	5,1	0,5
<b>PEV</b>	7,0	5,6	0,01*
<b>PD</b>	7,0	5,6	0,01*
<b>POC</b>	6,6	6,0	0,08

tuati i confronti *post hoc* anche per le rimanenti scale cliniche dei disturbi sull'Asse I e, come riassunto nella **Tabella 1**, sono risultati significativi i valori per il disturbo ossessivo compulsivo ( $p=0,01$ ), scala SOC, e il disturbo dei comportamenti alimentari ( $p=0,02$ ), scala AL. Molte ricerche evidenziano che l'episodio psicotico acuto ha spesso una tendenza peggiorativa, quindi solo raramente si riscontrano una stabilità diagnostica e un buon compenso psicotico. Nella maggior parte dei casi evolve nella schizofrenia e sindromi schizoaffettive o in disturbi psicotici dell'umore (37). Nella scala S del test TALEIA sono presenti indicatori sia dei sintomi positivi sia dei sintomi negativi. La considerazione di questa ultima categoria di sintomi consente di valutare la presenza del disturbo schizofrenico anche al di fuori delle fasi di produzione di sintomi psicotici in fase acuta, in un periodo cioè di stabilità psicotica, che è lo stato in cui si trovavano i soggetti al momento in cui è stato somministrato il test in questa ricerca. Come si può notare dalla **Tabella 1**, è risultata significativa anche la presenza di diversi disturbi della personalità, come la letteratura sull'argomento ha evidenziato (33,34).

#### *Verifica delle ipotesi relative alle scale di controllo*

Prima di procedere con l'analisi della varianza multivariata per le tre scale di controllo del test TALEIA come variabili dipendenti, è stata effettuata la verifica dell'omogeneità della varianza nei due gruppi. Mentre per la scala F non è stata riscontrata differenza significativa tra i due gruppi ( $p=0,15$ ), per le scale L ( $p=0,005$ ) e INC ( $p=0,01$ ) le varianze sono significativamente differenti. Per la non omogeneità delle varianze nella scala L, si può rilevare che, essendo una scala basata sulla desiderabilità sociale, a causa della eterogeneità dei profili patologici che si sono riscontrati nel gruppo sperimentale documentati dalle diverse comorbilità con vari disturbi di personalità, i punteggi si sono distribuiti in un range più ampio rispetto al gruppo di controllo, andando anche in direzione di punteggi molto bassi, caratteristici delle gravi psicopatologie. Per la scala INC, che è una misura di "incoerenza" si possono fare le stesse considerazioni che sono state avanzate per la scala S: eterogeneità del gruppo sperimentale rispetto alle diagnosi sull'Asse I (anche se prevale molto significativamente la diagnosi di schizofrenia) ed eterogeneità all'interno della stessa diagnosi per quanto riguarda sia i diversi sottotipi sia, nello specifico, la diversa evoluzione verso sintomi negativi che compromettono la cognizione. La mancanza dell'assunzione dell'omogeneità delle varianze per le suddette scale potrebbe comportare una sottostima della significatività delle differenze fra i campioni.

Per verificare la presenza di risposte alfa nelle scale di controllo è stata effettuata una MANOVA con il campione come variabile indipendente e le tre scale di controllo L, F e INC come variabili dipendenti. Per gli indici statistici considerati la differenza risulta significativa ( $p<0,0001$ ). Dai test *post hoc* effettuati per le singole scale di controllo è risultato che per la scala L la media del gruppo sperimentale è inferiore a quella del gruppo di controllo ma non risulta una differenza statisticamente significativa ( $p=0,3$ ). Per questa conclusione si deve tener conto del fatto che per tale scala, come si è mostrato, non c'è l'assunto dell'omogeneità delle varianze e quindi la differenza potrebbe, in realtà, superare il livello  $p=0,05$ . Va anche tenuto presente che la scala L di TALEIA, rispetto alla scala L dell'MMPI, è più indipendente dall'elevazione generale del profilo, caratterizzandosi come una misura di desiderabilità sociale basata su una molteplicità di valori sociali (29). Per la differenza tra le medie nei punteggi della scala F, invece, la  $p$  corrispondente è significativa (0,01). Nelle ricerche effettuate con l'utilizzo dell'MMPI, si osservano valori elevati nella scala F, che sembra essere tra quelle più strettamente associate alla schizofrenia rispetto ad altri disturbi psichiatrici (38). Punteggi elevati nella scala F del test TALEIA possono caratterizzare sia soggetti che simulano stati psicopatologici, sia soggetti che effettivamente hanno sintomi gravi (29). Per effettuare questa distinzione ci si basa sulla considerazione delle caratteristiche d'insieme del profilo. In questa ricerca, si prende in considerazione l'ipotesi della buona fede in quanto, per il gruppo sperimentale, si tratta di soggetti con diagnosi psicopatologica e per il gruppo di controllo, non essendo il test somministrato in situazione concorsuale, non sussiste motivo per pensare a una simulazione. Per quanto concerne la scala INC, che è una misura di "incoerenza", i valori mediamente più elevati rispetto ai normali sono ottenuti o da simulatori, quindi da chi spera di trarre un vantaggio, o da "veri" patologici. Per i motivi esposti in precedenza, nella presente ricerca si considera valida l'ipotesi della patologia. Nella scala in questione le medie dei due gruppi si differenziano significativamente ( $p=0,0001$ ), con punteggi superiori nel gruppo dei pazienti. Come si è mostrato sopra, per questa scala manca l'assunto dell'omogeneità delle varianze e quindi si potrebbe presumere una significatività a livelli anche superiori.

#### *Correlazione tra punteggi ottenuti alle scale del test TALEIA e punteggi al questionario sulla qualità della vita*

Questa parte delle analisi dei dati comprende la verifica della validità di costruito del questionario sulla

qualità della vita che abbiamo utilizzato per la ricerca. Le ipotesi prevedevano una correlazione negativa significativa per le scale cliniche che comportano o una sofferenza egodistonica (39) – con conseguente disagio personale e ripercussioni sulle funzionalità sociale, di ruolo ecc., come avviene per tutti i disturbi dell'Asse I, tranne, ovviamente, per la mania che non consente un adeguato esame della realtà e in genere è un disturbo non sentito in modo egodistonico – oppure una disfunzione legata a tratti della personalità disadattativi come quelli che per definizione si ritrovano nei disturbi di personalità dell'Asse II, autopercepiti in genere in modo egosintonico, ma che, provocando gravi difficoltà nell'ambito delle relazioni sociali, affettive e lavorative, comportano un peggioramento nelle funzioni legate al ruolo e alla società. L'eccezione è per il disturbo narcisistico e quello istrionico, entrambi caratterizzati da un profondo egocentrismo mancanza di empatia e un difetto di percezione dei bisogni degli altri (40), con il conseguente limite dell'esame della realtà nelle relazioni interpersonali e in altri ambiti, e per il disturbo di personalità ossessivo-compulsivo, la cui

principale differenza con la sindrome ossessiva-compulsiva dell'Asse I è l'egodistonicità di quest'ultima.

Come si può osservare dalla **Tabella 2**, le correlazioni delle scale cliniche col punteggio totale del questionario sulla qualità della vita sono tutte significative al livello  $p < 0,001$ , tranne per le scale che sono state escluse dall'ipotesi e la cui motivazione è stata analizzata sopra. Per quanto riguarda le scale di controllo, la scala L ha una correlazione positiva con il punteggio totale e quasi tutte le sottoscale e ciò è prevedibile in quanto è una scala, come abbiamo visto, legata alla desiderabilità sociale e alla sensazione di benessere. La scala di controllo F, invece, ha sempre correlazioni significativamente negative in tutte le scale, come previsto, dato che è una scala basata sulla segnalazione di numerosi sintomi gravi e rari. La scala INC, il cui significato è affine a F, ha  $r$  negativi per il punteggio totale e per le scale Funzionamento sociale e Percezione della salute. La validità di costrutto del questionario sulla qualità della vita risulta così provata poiché queste correlazioni indicano che lo strumento misura ciò per cui è stato costruito (**Tabella 2**).

**Tabella 2.** Sono riportate le scale cliniche e di controllo del test Taleia correlate ai punteggi del questionario QdV sia totali sia per le quattro scale. All'interno delle celle sono riportate le  $r$  che correlano le vari scale dei due strumenti. La significatività è stata indicata con \* per  $p > 0,05$  e \*\* per  $p > 0,001$

Scale TALEIA	Funzionamento fisico	Funzionamento di ruolo	Funzionamento sociale	Percezione della salute	Punteggio totale
S	-0,41*	-0,38*	-0,68**	-0,37*	-0,72**
D	-0,38*	-0,39*	-0,77**	-0,45**	-0,76**
M	0,058	0,16	0,21	0,34	0,25
AA	-0,41*	-0,35	-0,54**	-0,30	-0,59**
FO	-0,32	-0,23	-0,62**	-0,40*	-0,60**
SOC	-0,18	-0,18	-0,51**	-0,33	-0,45**
AG	-0,46**	-0,42*	-0,75**	-0,51**	-0,78**
AL	-0,42*	-0,36*	-0,80**	-0,51**	-0,77**
PP	-0,41*	-0,39*	-0,58**	-0,26	-0,59**
PSK	-0,50**	-0,34	-0,61**	-0,39*	-0,73**
PSKT	-0,48**	-0,38*	-0,68**	-0,28	-0,70**
PAS	-0,44*	-0,58*	-0,72**	-0,29	-0,74**
PB	-0,36*	-0,42*	-0,53**	-0,20	-0,56**
PI	0,08	-0,11	0,04	0,14	0,11
PN	-0,21	-0,03	0,16	0,12	0,08
PEV	-0,44*	-0,40*	-0,70**	-0,46**	-0,74**
PD	-0,26	-0,35*	-0,69**	-0,54**	-0,62**
POC	-0,40*	0,064	0,09	0,05	-0,10
L	0,25	0,40*	0,74**	0,47**	0,66**
F	-0,44**	-0,34*	-0,73**	-0,50**	-0,74**
INC	-0,33	-0,25	-0,53**	-0,45**	-0,63**



*Verifica dell' ipotesi: correlazione negativa tra numero di patologie e punteggi al questionario MOS (QdV)*

L'indagine sulla relazione tra psicopatologie e qualità della vita è proseguita con la verifica dell'ipotesi che prende in considerazione il numero di psicopatologie per soggetto e l'effetto sulla qualità della vita percepita.

Calcolando una correlazione bivariata tra numero di disturbi computati per soggetto, considerando le scale cliniche del test TALEIA che hanno raggiunto il punteggio 10, e i punteggi totali al questionario sulla qualità della vita, e quattro correlazioni tra il numero di psicopatologie e le quattro scale dei punteggi ottenuti al questionario sulla qualità della vita (una correlazione per ogni scala), sono state ottenute le *r* presentate nella **Tabella 3**, con le relative probabilità.

Come si può notare, la correlazione del numero di patologie col punteggio totale al questionario è significativa ( $r=-0,62$ ;  $p<0,01$ ): l'ipotesi nulla viene rifiutata. Ciò significa che con l'aumento delle patologie diagnosticate per paziente diminuisce la qualità della vita secondo il costrutto presentato in questa ricerca. Questo dato è in linea con altri studi che hanno dimostrato l'ipotesi che la comorbidità sia interpretabile come un indice della gravità del disturbo (4,13), rispetto ai pareri di chi riteneva le comorbidità un artefatto indotto da un numero eccessivo di categorie presenti nel sistema nosografico DSM-IV o da difetti nella loro delimitazione. Considerando le correlazioni tra numero di psicopatologie diagnosticate e punteggi nelle singole scale di cui il questionario è composto, si può notare una correlazione negativa significativa per le scale Funzionamento fisico ( $r=-0,41$ ;  $p<0,05$ ), Funzionamento di ruolo ( $r=-0,55$ ;  $p<0,01$ ) e Funzionamento sociale ( $r=-0,61$ ;  $p<0,01$ ), mentre non è risultata significativa la correlazione negativa nella scala Percezione della salute ( $r=-0,30$ ;  $p>0,05$ ). Questa mancanza di significatività rispetto alla scala Percezione della salute può essere valutata osservando le correlazioni tra i punteggi delle singole scale cliniche del test TALEIA e i punteggi nelle singole scale del questionario sulla qualità della vita (**Tabella 3**). Come si può notare, le correlazioni signifi-

ficative con le scale riferite ai disturbi di personalità sono minori nella scala di Percezione della salute rispetto alle correlazioni con le altre scale del questionario. Ciò può essere dovuto al fatto che, in genere, i tratti inclusi nei disturbi di personalità, come già evidenziato prima, sono percepiti come egosintonici, quindi la percezione di avere dei problemi per cui ricorrere a un aiuto specialistico risulta diminuita. Essendo stati diagnosticati disturbi di personalità in comorbidità, questi tratti potrebbero aver avuto un ruolo nella percezione complessiva della salute. I dati di questa analisi, come si dirà più avanti, richiedono una conferma facendo affidamento su un campione più numeroso che aumenterebbe l'affidabilità statistica dei risultati.

*Verifica dell' ipotesi: differenza tra medie nei punteggi al questionario MOS (QdV) dei gruppi con numerosità differente di patologie appartenenti allo "spettro schizofrenico"*

Proseguendo ancora con l'indagine sulla relazione tra comorbidità e qualità della vita, è stata valutata un'ultima ipotesi, per valutare se ci sono differenze nella qualità della vita dei quattro gruppi in cui abbiamo ripartito in campione patologico.

La variabile indipendente è la numerosità di patologie dello "spettro schizofrenico", con i quattro livelli specificati nel paragrafo *analisi statistica*, la variabile dipendente è il punteggio totale al questionario sulla qualità della vita. Prima di eseguire l'ANOVA è stata verificata l'assunzione dell'omogeneità delle varianze per i quattro gruppi; per le statistiche e i gradi di libertà presi in considerazione, il livello di probabilità non è significativo ( $p=0,6$ ). Procedendo con la verifica, è stata effettuata un'ANOVA, con le variabili specificate. Per  $F=3,09$  con 3 e 26 gdl,  $p=0,04$ , le differenze tra le medie dei punteggi ottenuti al questionario sulla qualità della vita dei gruppi sono statisticamente significative.

Proseguendo con l'analisi sono stati effettuati i confronti *post hoc* per individuare per quali gruppi la differenza è significativa. I risultati sono esposti nella **Tabella 4**.

**Tabella 3.** *r* delle correlazioni tra numero di psicopatologie per soggetto e punteggi ottenuti nelle quattro scale e nel totale del questionario sulla qualità della vita. Le significatività sono segnate con \* per  $p<0,05$  e con \*\* per  $p<0,01$ .

	Scale del questionario				Punteggio totale
	Funzionamento fisico	Funzionamento di ruolo	Funzionamento sociale	Percezione della salute	
Numero di psicopatologie	-0,41*	-0,55**	-0,61**	-0,30	-0,62**

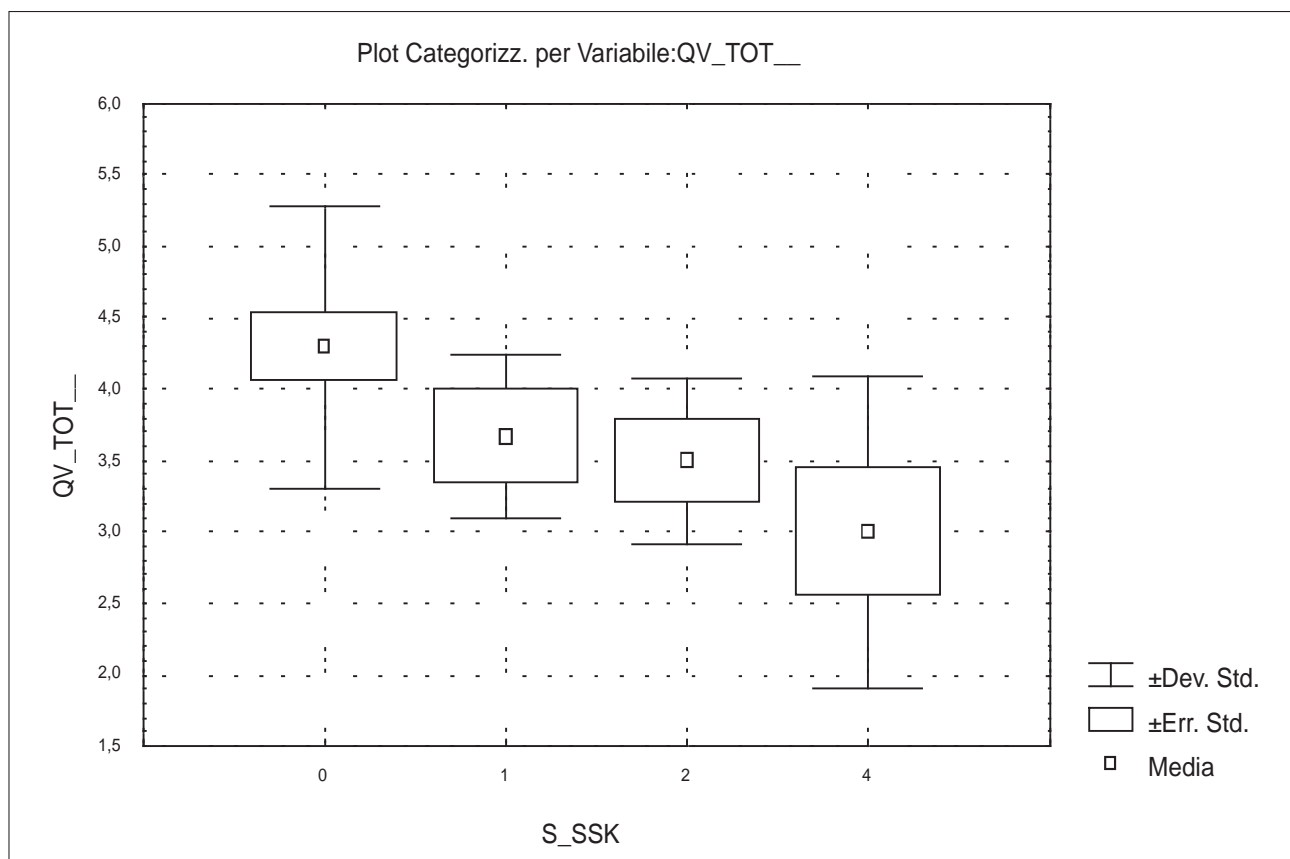
**Tabella 4. Analisi della varianza: livello di significatività ai confronti *post hoc*, test HDS, per i gruppi 1(assenza di diagnosi di schizofrenia e DP del Cluster A), 2 (presenza di schizofrenia senza DP del Cluster A), 3 (presenza di diagnosi di schizofrenia più un DP del Cluster A) e 4 (presenza di diagnosi di schizofrenia più i tre DP del Cluster A**

	Spettro Schiz	1 N=7	2 N=8	3 N=8	4 N=7
M. A.		4,3	3,6	3,5	3,0
1	no schiz. no DP CA		0,45	0,27	0,04
2	Schiz. no DP C A	0,45		0,68	0,15
3	Schiz. + 1 DP C A	0,27	0,68		0,26
4	Schiz. + 3 DP C A	0,04	0,15	0,26	

Come si può notare dalla tabella, risulta significativa la differenza delle medie del primo gruppo (pazienti con assenza di diagnosi di schizofrenia) e il quarto gruppo (pazienti con diagnosi di schizofrenia e comorbilità con tre disturbi di personalità del Cluster A). I pazienti che rientrano nel primo gruppo comunque, pur non avendo avuto la diagnosi di schizofrenia (considerando il punteggio sten 10) hanno diagnosi appar-

tenenti a categorie patologiche dell'Asse I, e ciò potrebbe spiegare perché non sia stata riscontrata significativa la differenza con il secondo gruppo (pazienti con diagnosi di schizofrenia). Secondo questa analisi, pazienti con disturbi dell'Asse I, non appartenenti alla schizofrenia (disturbi dell'umore, disturbo ossessivo compulsivo, disturbi del comportamento alimentare), non hanno una qualità della vita significativamente differente dai pazienti con diagnosi di schizofrenia. La differenza diviene significativa solo se alla diagnosi di schizofrenia si trovano in comorbilità i disturbi di personalità del Cluster A, quarto gruppo (**Figura 1**). Ciò comporterebbe una rilevanza dei tratti di personalità dei disturbi specificati che influirebbero sulla gravità della qualità della vita dei pazienti.

Se fosse verificato da ricerche successive, con un'adeguata numerosità dei gruppi, significherebbe che diagnosticare i disturbi di personalità in comorbilità con la schizofrenia darebbe informazioni circa la gravità della qualità di vita del paziente, che risulterebbe più compromessa dalla presenza dei tratti disadattativi dei DP.



**Figura 1.** Valori medi DS ed ES nelle risposte al questionario sulla qualità della vita. Distribuzione dei quattro gruppi.

Questa analisi ha la debolezza di contenere pochi casi nelle celle relative a ciascun gruppo e quindi la validità delle conclusioni statistiche è compromessa da questo limite. L'indagine è stata comunque effettuata per valutare, in modo esplorativo, l'andamento dei punteggi medi dei gruppi che differiscono per il numero di patologie e disturbi di personalità considerati dalla letteratura accomunati nello stesso gruppo (**Figura 1**).

## CONCLUSIONI

Le questioni che sono state focalizzate in questo studio riguardano le caratteristiche psicopatologiche di pazienti con esordio psicotico acuto ripetuto frequentemente e la legittimità delle numerose diagnosi di comorbidità segnalate in letteratura derivanti dall'applicazione dei criteri diagnostici del DSM-IV. La presente ricerca ha verificato su un gruppo di pazienti con esordio psicotico acuto, e ripetutosi poi con frequenza, la validità diagnostica assiale con uno strumento standardizzato che permette di rilevare la presenza di patologia secondo i criteri diagnostici del DSM-IV e dell'ICD-10, quindi senza pregiudizi sulle comorbidità dovuti alle gerarchie diagnostiche e distorsioni percettive che derivano dalla rilevanza di alcuni sintomi. La verifica ha comportato la valutazione di un campione composto da due gruppi: il gruppo dei pazienti e un gruppo di controllo. I risultati hanno evidenziato una differenza altamente significativa ( $p=0,0007$ ) tra i due gruppi con una presenza rilevante di patologie nel gruppo di pazienti, dimostrando così la validità diagnostica del sistema nosografico e l'efficienza diagnostica dello strumento utilizzato per rilevare le diagnosi. L'efficienza (*efficiency*) diagnostica è rappresentata dal grado con cui i criteri diagnostici sono capaci di discriminare gli individui con un dato disturbo da quelli che non lo presentano, così come è determinato dalle condizioni di probabilità (41). I confronti *post hoc* hanno evidenziato, oltre alla presenza di diagnosi di schizofrenia e disturbi dell'umore, anche la presenza di disturbi ossessivo-compulsivo e del comportamento alimentare insieme a diversi disturbi della personalità. Il riscontro di queste comorbidità in pazienti con diagnosi di disturbi psicotici è sostenuto da tutta la letteratura sull'argomento (35). La critica che questi rilievi diagnostici siano il prodotto di artefatti dei sistemi di riferimento è stata presa in considerazione dalle ipotesi verificate. L'analisi è proseguita vagliando i dati raccolti col secondo strumento di indagine, il questionario sulla qualità della vita. È stata verificata la validità del costrutto del questionario, mettendo in correlazione i punteggi delle singole scale del test TALEIA col punteggio sia totale del questionario

sia con le singole scale di cui è composto: la validità è stata confermata dalle correlazioni previste. Per verificare l'effetto del numero di comorbidità sulla qualità della vita, è stato messo in correlazione il numero di patologie computato per soggetto con i punteggi totali ottenuti al questionario e quelli ottenuti nelle singole quattro scale. I risultati hanno confermato una correlazione negativa significativa quasi per tutte le correlazioni. Questo risultato prova che il numero di patologie diagnosticate per soggetto ha un peso sulla sua qualità della vita misurata prendendo in considerazione aspetti importanti quali il funzionamento di ruolo, il funzionamento sociale, il funzionamento fisico.

Questo dato può confermare che le diagnosi multiple che i partecipanti della presente ricerca hanno avuto aggiungono informazioni importanti al profilo psicopatologico dei pazienti con esordio psicopatologico di episodi acuti e poi ripetutisi frequentemente. Le conclusioni che le comorbidità hanno un significato informativo sul profilo psicopatologico del paziente non comportano un contributo sul piano fisiopatologico ed etiologico, in quanto il fatto di diagnosticare sindromi in co-occorrenza non può dare informazioni per ipotesi su cause sottostanti differenti oppure collegate ma etiologicamente distinte, o ancora su una causa sottostante alle varie sindromi per ora distinte in vari disturbi. Nonostante ciò, le ricerche orientate verso la verifica della gravità correlata al numero di patologie diagnosticate possono dare un apporto consistente alla pratica clinica.

Oltre alle diagnosi principali assegnate dagli operatori della struttura sanitaria in questione, le diverse comorbidità possono dare una misura della gravità in cui i pazienti versano. Queste informazioni possono dare un contributo alla definizione delle caratteristiche possedute dai pazienti il cui decorso del disturbo si è evoluto verso psicopatologie gravi e processuali.

Le informazioni che derivano dalla diagnosi di più patologie, secondo i risultati ottenuti da questa ricerca, inoltre, andrebbero prese in considerazione per la programmazione degli interventi terapeutici. Considerando le caratteristiche di ogni disturbo, che sono state esaminate nella discussione dei risultati, il profilo psicopatologico che emerge potrebbe dare una stima sull'adeguatezza e le urgenze dell'intervento terapeutico.

Infine, i risultati della verifica dell'ipotesi che prende in considerazione il numero di patologie dello spettro schizofrenico ha mostrato un interessante andamento decrescente della misura della qualità della vita che risulterebbe notevole se fosse confermato da successive ricerche che prendessero in considerazione un numero adeguato di casi per ottenere una validità statistica consistente per giungere a delle conclusioni affidabili.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bijl RV, Ravelli A, Zessen G. Prevalence of psychiatric disorders in general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and incidence study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 587-95.
2. Kessler RC. Epidemiology of psychiatric comorbidity. In: Tsuang M, Tohen M, Zahner G (eds). *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: Wiley-Liss, 1995.
3. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America*. New York: Free press, 1991.
4. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnick L, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 571-8.
5. Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A. Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse service. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 304-13.
6. Aragona M. *Aspettando la rivoluzione. Oltre il DSM-IV: le nuove idee sulla diagnosi tra filosofia della scienza e psicopatologia*. Roma: Editori Riuniti, 2006.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition*. Trad. it. *DSM-IV: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson, 1996: 3.
8. Mariangeli MG, Butti G, Scinto A, Di Cicco L, Petrucci C, Daneluzzo E, et al. Patterns of comorbidity among DSM III-R personality disorders. *Psychopathol* 2000; 32: 69-74.
9. Becker EA, Knap M, Knudsen HC. The EPSILON study of schizophrenia in five European countries: design and methodology for standardising patients living in the community: relationship to clinical and social characteristics. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 514-21.
10. Boncori L. *I test in psicologia. Fondamenti teorici ed applicazioni*. Bologna: Il Mulino, 2006.
11. Boncori L. *Qualità della vita. Definizione e strumenti di valutazione in riferimento a problemi di tossicodipendenza*. In press.
12. Velanovich V. The quality of quality of life studies in general surgical journals. *J Am Coll Surg* 2001; 193: 288-96.
13. Andrews G, Slade TE, Issakidis C. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 306-14.
14. Yonkers KA. Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 544-9.
15. Angst J, Sellar RE, Merikangas KR. Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 147-54.
16. Reine G, Laçon C, Di Tucci S, Sapin C, Aquier P. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patient. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 297.
17. Bengtsson-Tops A, Hansson L. Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 256-63.
18. Lehman AF. Well-being of chronic mental patient: assessing their quality of life. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 369-73.
19. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of self-report methodology. *Am J Psychiatry* 1996; 168: 210-6.
20. Lobana A, Mattoo Surendra K, Basu D, Gupta N. Quality of life in India: comparison of three approaches. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 51-5.
21. Voruganti L, Heslegrave R, Awad AG, Seeman MV. Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychol Med* 1998; 28: 165-72.
22. Carpiniello B, Lai GL, Pariante CM, Carta MG, Rudas N. Links Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 235-41.
23. Röder-Wanner UU, Priebe S. Objective and subjective quality of life of first admitted women and men with schizophrenia. *Eur Arch Clin Neurosci* 1998; 248: 250-8.
24. Stein MD, Mulvey KP, Plough A, Samet JH. The functioning and well being of persons who seek treatment for drug and alcohol use. *J Subst Abuse* 1998; 10: 75-84.
25. Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support. *Eval Program Plann* 1982; 5: 69-79.
26. Beker T, Leese M, Knudsen HC. Links between social network and quality of life: an epidemiology representative study of psychotic patients in south London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998, 33, 229-304.
27. Sullivan G, Wells KB, Leake B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 794-8.
28. O'Flynn K, Gruzelier J, Bergman A, Siever LJ. The schizophrenia spectrum personality disorders. In: Hirsch SR, Weiberger DR (eds). *Schizophrenia*. 2<sup>nd</sup> edition. Oxford: Blackwell, 2003: 80.
29. Boncori L. *Taleia 400A. Test for Axial Evaluation and Interview for clinical, personnel, and guidance Applications*. Manuale. Trento: Erickson, 2007.
30. Kerlinger FN. *Foundations of behavioral research*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Holt, 1973: 287-288.
31. Lindquist EF. *Design and analysis of experiments in psychology and education*. Houghton Boston: Mifflin, 1953: 78-86.
32. Hays WL. *Statistics for the social sciences*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1977: 482.
33. Jorgensen B, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 460-4.
34. Jorgensen B, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 150-154.
35. Rasore E, Menichini P, Fornaro P, Gabrielli F. Acute psychoses: a 10-year follow-up. *Italian Journal of Psychopathology*, 2005, 11, Issue 1.
36. Stuart S, Pfohl B, Battaglia M, Bellodi L, Grove W, Cadoret R. The co-occurrence of DSM-III-R personality disorders. *J Pers Disord* 1998; 12: 302-15.
37. Almaric I. Il rasoio diagnostico nell'esordio psicotico. *Problemi in Psichiatria* 1999; 18: 55-6.
38. Walters GD, Geene RL. Differentiating between schizophrenic and manic inpatients by means of the MMPI. *J Pers Assess* 1988; 52: 91-5.
39. Fong ML. Assessment and DSM-IV diagnosis of personality disorders: a primer for counsellors. *J Couns Dev* 1995; 73: 635-9.
40. Lingardi V. *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Il Saggiatore, 2001.
41. Widiger T, Hurt S, Frances A, Clarkin JF, Gilmore M. Diagnostic efficiency and DSM-III. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 1005-12.