

## Funzionamento sociale e schizofrenia

### *Social functioning and schizophrenia*

#### **Il funzionamento sociale come aspetto centrale del disturbo schizofrenico**

Il deficit del “funzionamento sociale” è, come è noto, uno dei criteri diagnostici fondamentali della schizofrenia secondo il DSM-IV-TR, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, il quale peraltro, sin dalla terza edizione aveva inserito questo parametro come necessario non solo per la diagnosi dei disturbi psichiatrici maggiori ma di gran parte dei disturbi mentali. La nozione di “funzionamento sociale” è legata ad una serie di diverse possibili definizioni, tutte comunque facenti riferimento ad una serie di aspetti quali la capacità di un individuo di adempiere con soddisfazione personale i principali ruoli da lui attesi in un definito ambito sociale (come lavoratore, studente, casalinga, sposo/a, amico, ecc.), di aver cura di se stesso e del proprio ambiente di vita, di coinvolgersi positivamente in attività ricreative e di tempo libero. Nonostante gli studi di decorso degli ultimi sessanta anni abbiano in parte sfatato la visione Kraepeliniana desolatamente pessimistica sull'esito della schizofrenia, è indubitabile che essa sia tuttora il disturbo mentale correlato ai più elevati livelli di menomazione del funzionamento personale e sociale (la cosiddetta “disabilità sociale”) <sup>1</sup>. In effetti, si stima che più dell'ottanta per cento degli adulti affetti da questo disturbo presentino dei persistenti deficit del funzionamento personale e sociale <sup>2</sup>.

Il funzionamento “premorbo”, il funzionamento cognitivo, i sintomi negativi e i sintomi depressivi <sup>3-5</sup> sono certamente correlati ai deficit del funzionamento nella schizofrenia, di cui sono i maggiori predittori, sebbene lo sviluppo della disabilità nella schizofrenia appaia verosimilmente legato non solo a fattori intrinseci, cioè alla sintomatologia e alle menomazioni che questa complessa malattia comporta, ma anche a variabili estrinseche, indipendenti dalla malattia e dai suoi sintomi e legate al contesto socioculturale ed all'ambiente di vita. Un esempio in tal senso viene offerto dai dati derivanti dagli studi internazionali di decorso ed esito della schizofrenia condotti sotto l'egida dell'Organizzazione Mondiale della

Sanità (OMS), i quali hanno dimostrato in modo abbastanza convincente come i livelli di funzionamento sociale siano sostanzialmente (e sorprendentemente) migliori nei pazienti provenienti da paesi sottosviluppati o in via di sviluppo, dato interpretato come funzione di variabili estrinseche di ordine micro- e macrosociale capaci di interferire con lo sviluppo di disabilità (es. maggiore tendenza all'inclusione sociale, minore stigma, migliore clima emotivo familiare, minori disincentivi al lavoro, ecc.) <sup>6</sup>.

#### **Misurazione del funzionamento sociale**

Benché l'importanza della valutazione del funzionamento sociale sia implicitamente riconosciuta dalla sua inclusione tra i criteri diagnostici fondamentali nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, la prassi della sua misurazione in ambito di ricerca ed ancor più nella pratica clinica routinaria è tutt'altro che diffusa. I motivi di ciò sono verosimilmente diversi. In primo luogo, non si è tuttora giunti all'identificazione di una o due scale univocamente riconosciute come più appropriate, a differenza di quanto è avvenuto con la PANSS e la BPRS per le scale di misurazione sintomatologica. È infatti disponibile un numero notevole di scale di funzionamento, su nessuna delle quali vi è un convergente consenso unanime, il che ha comportato tra l'altro una notevole difficoltà nella lettura e nella comparazione dei dati di letteratura sul funzionamento sociale <sup>7,8</sup>. Le scale disponibili, peraltro, sono molto diverse le une dalle altre quanto a tipologia di misurazione, numero e tipo dei domini considerati, tempo di somministrazione, mentre vi è frequentemente una certa confusione concettuale fra funzionamento sociale e qualità di vita, considerati erroneamente come domini sovrapponibili e interscambiabili <sup>7</sup>. Per di più la valutazione separata del funzionamento rispetto alla sintomatologia risulta spesso difficile se non impossibile con molte delle scale in uso <sup>7</sup>. Infine va annotato il fatto che spesso, nei metodi di valutazione proposti, manca una chiara distinzione fra parametri oggettivi e soggettivi di valutazione <sup>8</sup>. La valutazione del “fun-

zionamento" dovrebbe rientrare nelle procedure di assessment routinario nella pratica dei servizi, auspicabilmente mediante l'utilizzo di metodologie standardizzate e riproducibili giacché solo una valutazione standardizzata permette di valutare analiticamente il tipo e l'intensità dei deficit, con la conseguenza di poter pianificare e monitorizzare in maniera non impressionistica gli interventi necessari.

Nella valutazione della funzionalità sono da preferirsi strumenti non solo validati quanto a proprietà psicometriche ma anche agili, di facile e rapida somministrazione, richiedenti un training minimo ed utilizzabili in diverse fasi e contesti di trattamento, anche da personale anche non medico. Nella letteratura più recente, alcune scale di valutazione sembrano emergere verosimilmente perché maggiormente rispondenti ai criteri di affidabilità e praticità d'uso a cui abbiamo accennato: la GAF (*Global Assessment of Functioning*) la SOFAS (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale*) e soprattutto la PSP (*Personal and Social Performance Scale*)<sup>9</sup>, che sta emergendo come strumento di valutazione adatto non solo alla ricerca ma anche alla pratica routinaria, per la semplicità d'uso, la buona affidabilità (sia se usata da personale medico che non medico), la presenza di istruzioni operative chiare e facili da applicare.

### **Il funzionamento sociale come obiettivo del trattamento**

Per molti anni il focus primario del trattamento della schizofrenia è stata la riduzione dei sintomi (positivi, negativi, disorganizzativi) e delle loro conseguenze, inclusa la prevenzione delle ricadute e dei ricoveri, ma da qualche tempo viene ampiamente riconosciuta la inadeguatezza di questi obiettivi<sup>10</sup>. Il conseguimento del miglior controllo sintomatologico possibile, unitamente al miglior livello di funzionamento personale e sociale e di benessere soggettivo/soddisfazione personale, vengono oggi assunti come obiettivi standard del trattamento a lungo termine della schizofrenia, possibilmente sino al raggiungimento del "recovery", inteso fondamentalmente come stabile "remissione" sia sintomatologica che psicosociale. Sotto questo aspetto, era fondamentale che si giungesse a definire operativamente il significato e i criteri

in base ai quali si potesse parlare di "stabile remissione". Ciò è stato possibile per quanto riguarda gli aspetti sintomatologici, per i quali si è giunti a dei criteri abbastanza condivisi, per quanto riguarda la "remissione funzionale", invece, sebbene siano stati proposti diversi criteri, nessuno di essi a tutt'oggi ha raggiunto un consenso internazionale sufficientemente ampio da imporsi come standard di riferimento<sup>11</sup>. Le ragioni di ciò sono molteplici: non è chiaro quali "domini" funzionali debbano essere presi in considerazione, se e quanto nella valutazione si debba tener conto dello sforzo personale del paziente per conseguire un miglior funzionamento, quale "livello di funzionamento" debba essere ritenuto ottimale (il che implica definire in qualche modo cosa sia un "funzionamento sano" o "normale"), in quanti "ambiti" o "domini" debba essere raggiunto un "funzionamento" ottimale<sup>11</sup>. Le difformità di criteri di valutazione della remissione (soprattutto quella "funzionale"), spiegano in buona parte le difformità dei dati (peraltro scarsi) sull'effettiva percentuale di pazienti schizofrenici "recovered" sia dal punto di vista sintomatologico che funzionale, che oscilla nei vari studi di follow up tra il 10 e il 20%, percentuali comunque non irrilevanti, che dimostrano come il "recovery", obiettivo massimo del trattamento, sia oggi considerato effettivamente raggiungibile in una quota significativa di casi<sup>12</sup>. Il miglioramento del funzionamento sociale è dunque oggi parte essenziale dei processi di cura ed area tradizionalmente privilegiata di quegli interventi di varia natura che rientrano nell'ambito della riabilitazione psichiatrica. Varie revisioni della letteratura confermano l'efficacia sul funzionamento sociale di serie di interventi (social skill training, interventi cognitivo-comportamentali, interventi psicoeducativi, interventi familiari, interventi di riabilitazione lavorativa; interventi di "cognitive remediation", interventi sulla "social cognition"), sebbene la dimensione del loro effetto appaia diversa a seconda dei vari tipi di intervento e non sempre particolarmente ampia<sup>13 14</sup>. L'effetto positivo sul funzionamento nei vari aspetti della vita quotidiana di alcuni di questi interventi sembra più diretto. Esempi ne sono il miglioramento delle "competenze" sociali necessarie all'adeguata esecuzione di compiti ed attività del vivere comune fornito dai programmi di "social skill training"; l'azione

positiva sulle funzioni neurocognitive di base fondamentali per gli atti di vita quotidiana e l'apprendimento, ottenibile mediante i programmi di "cognitive remediation" o di "enhancing cognitivo"; il miglioramento delle operazioni mentali che si suppone siano alla base di adeguate interazioni sociali nel caso dei programmi di "social cognition training". In altri casi l'effetto sarebbe in qualche modo mediato. Ad esempio, gli interventi cognitivo-comportamentali migliorano il funzionamento sociale probabilmente attraverso l'azione positiva sulla sintomatologia positiva, affettiva e negativa e il miglioramento del coping, gli interventi psicoeducativi attraverso gli eventuali effetti positivi sul decorso (riduzione delle ricadute e dei ricoveri) e così via. Un discorso a parte riguarda il ruolo del trattamento con antipsicotici, soprattutto da quanto sono entrati in commercio i cosiddetti "atipici". Sebbene il miglioramento del funzionamento sociale non sia il target primario dei trattamenti farmacologici, i quali mirano fondamentalmente al miglioramento dei sintomi e alla stabilizzazione del decorso, è verosimile che, in maniera indiretta, essi possano determinare un miglioramento anche dei livelli di funzionamento sociale, indipendentemente dall'attuazione di interventi riabilitativi, come alcuni recenti studi sembrano dimostrare, probabilmente in rapporto al miglioramento della sintomatologia negativa (primaria e secondaria) ed affettiva e, in minor misura, della sintomatologia positiva, posto che quest'ultima sembra avere una correlazione molto meno importante con il funzionamento sociale. Per quanto considerato minimo, l'effetto positivo degli atipici sulle funzioni neurocognitive potrebbe contribuire, seppure in misura molto limitata, al miglioramento del funzionamento. Quest'ultimo, peraltro, verrebbe favorito indirettamente dal trattamento farmacologico attraverso l'azione positiva che il miglioramento sintomatologico complessivo e la stabilizzazione clinica indubbiamente esercitano sul livello di adesione e di partecipazione dei pazienti agli interventi psicosociali strutturati e non strutturati, posto che è largamente condivisa l'idea che la persistenza di una sintomatologia florida costituisce un ostacolo difficilmente sormontabile alla attuazione di qualsiasi progetto di tipo riabilitativo. In estrema sintesi, al di là del sollievo dai sintomi,

si può dare per acquisita per gli psichiatri l'importanza dell'obiettivo di far sì che una persona affetta da schizofrenia riesca a "funzionare" al meglio nell'ambiente sociale in cui è inserita, con il miglior livello di soddisfazione e benessere personale possibile e il massimo di padronanza ed autodeterminazione nella propria esistenza. Quest'obiettivo, peraltro, rappresenta a livello di sistema uno degli aspetti più qualificanti per una psichiatria che voglia davvero definirsi di "comunità".

Bernardo Carpiello

*Dipartimento di Sanità Pubblica,  
Sezione di Psichiatria, Università di Cagliari*

### Bibliografia

- 1 Carpiello B, Carta MG. *La disabilità nella schizofrenia. Fattori intrinseci e predizione dell'esito psicosociale*. *Epidemiol e Psichiatr Soc* 2002;11:45-58.
- 2 National Institute for Clinical Excellence, Schizophrenia. *Core Interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care: clinical guideline*. London: NICE 2002.
- 3 Kirkpatrick B, Fenton WS, Carpenter WT Jr, et al. *The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms*. *Schizophr Bull* 2006;32:214-9.
- 4 Green MF, Kern RS, Braff DL, et al. *Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS*. *Schizophr Res* 2004;26:119-36.
- 5 Bowie CR, Leung WW, Reichmberg A, et al. *Predicting schizophrenia patient's real world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures*. *Biol Psychiatry* 2008;63:505-11.
- 6 Hopper K, Harrison G, Janca A, et al., editors. *Recovery from schizophrenia: an international perspective. A Report of the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press 2007.
- 7 Burns T, Patrick D. *Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies*. *Acta Psych Scand* 2007;116:403-18.
- 8 Priebe S. *Social outcome in schizophrenia*. *Br J Psych* 2007;191(Suppl 50):15-20.
- 9 Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, et al. *Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functional Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning*. *Acta Psych Scand* 2000;101:323-9.
- 10 Carpenter WT, Koenig JI. *The evolution of drug*

*development in schizophrenia: past issues and future opportunities.* Neuropsychopharmacology 2008;33:2061-79.

- <sup>11</sup> Harvey PD, Bellack AS. *Toward a terminology for functional recovery in schizophrenia: is functional remission a viable concept?* Schizophr Bull 2009;35:300-6.
- <sup>12</sup> Warner R. *Recovery from schizophrenia and the*

*recovery model.* Curr Opin Psych 2009;22:374-80.

- <sup>13</sup> Patterson TL, Leeuwenkamp OR. *Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia.* Schizophr Res 2008;100:108-19.
- <sup>14</sup> Kern RS, Glynn SM, Horan WP, et al. *Psychosocial treatment to promote functional recovery in schizophrenia.* Schizophr Bull 2009;35:347-61.