

Lavoro competitivo nella schizofrenia: correlati clinici, neuropsicologici e qualità di vita

Competitive employment in schizophrenia: clinical and neuropsychological correlates and quality of life

NADIA BIRINDELLI, FILOMENA CASTAGNA, MICHELA GIUGIARIO, MARCO GRAFFINO,
CINZIA MINGRONE, LUISA SANDEI, PAOLA ROCCA

E-mail: paola.rocca@unito.it

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

RIASSUNTO. Obiettivi. Indagare la relazione tra psicopatologia, funzioni cognitive, qualità di vita e impiego lavorativo di tipo competitivo in pazienti con schizofrenia. **Materiali e metodi.** Sono stati reclutati 143 pazienti ambulatoriali consecutivi con diagnosi di schizofrenia in fase stabile divisi in due gruppi (pazienti senza occupazione lavorativa e pazienti con lavoro competitivo). Sono state effettuate una valutazione clinica e una valutazione neuropsicologica. Le differenze tra i due gruppi sono state valutate usando il test chi-square per le variabili categoriali e l'analisi della varianza (one-way ANOVA) per le variabili continue. Le variabili significativamente differenti tra i due gruppi sono state analizzate con un modello di regressione multipla backward per valutare il loro contributo indipendente alla presenza di impiego lavorativo competitivo. **Risultati.** I due gruppi di pazienti presentavano simili caratteristiche demografiche, fatta eccezione per la scolarità. La sintomatologia negativa e la psicopatologia generale erano invece significativamente meno gravi nel campione di pazienti con occupazione lavorativa, che presentavano anche una migliore qualità di vita (QLS) e una migliore performance nelle prove di memoria verbale/apprendimento (CVLT) e attenzione (test di Stroop). L'analisi di regressione multipla backward ha mostrato che la scolarità, la memoria verbale/apprendimento e la qualità di vita erano significativamente associati alla presenza di occupazione lavorativa competitiva. **Discussione.** I nostri risultati confermano l'importanza di un buon funzionamento cognitivo nell'ottenere un impiego lavorativo di tipo competitivo, sottolineando il ruolo indipendente della qualità di vita e della scolarità sul funzionamento lavorativo nella schizofrenia.

PAROLE CHIAVE: schizofrenia, lavoro competitivo, qualità di vita, funzioni cognitive, psicopatologia.

SUMMARY. Aim. To investigate the relationships among psychopathology, cognitive functioning, quality of life and competitive employment in patients with stable schizophrenia. **Materials and methods.** We recruited 143 consecutive outpatients with stable schizophrenia, divided into 2 groups (unemployed and competitive employed subjects). A clinical and a neuropsychological assessments were performed. The differences between the two groups were tested using chi-square test for categorical variables and one-way analysis of variance (ANOVA) for continuous variables. Variables significantly different between the two groups of subjects were analyzed using a logistic regression with a backward stepwise procedure to assess their independent contribution to competitive employment in the two patients' groups. **Results.** The two groups of patients had similar demographic characteristics, except education. Negative symptoms (PANSS-N) and general psychopathology (PANSS-G) were significantly less severe in the group of patients with a competitive employment, that also showed higher scores at the Quality of Life Scale (QLS) and higher scores on verbal memory/learning (CVLT) and attentive functions (Stroop test). Binary logistic regression showed that education, verbal memory/learning and quality of life, were significantly associated with the presence of competitive employment. **Discussion.** Our findings confirmed the importance of cognitive function in obtaining competitive employment and highlighted the independent role of quality of life and education on occupational functioning in schizophrenia.

KEY WORDS: schizophrenia, competitive employment, quality of life, cognitive functioning, psychopathology.

INTRODUZIONE

La percentuale di impiego competitivo nei soggetti con schizofrenia è bassa se paragonata a quella della popolazione generale: si calcola che negli Stati Uniti e in Europa sia pari al 20%, nonostante il fatto che il 55%-70% dei pazienti si dichiara interessato ad avere un lavoro (1,2). La capacità di lavorare è notevolmente compromessa e tale difficoltà si evidenzia in particolare modo nei Paesi industrializzati, dove molti ambiti lavorativi richiedono abilità complesse (3). Nonostante queste difficoltà, l'ottenere un impiego lavorativo, in particolare di tipo competitivo, è diventato un obiettivo terapeutico di primaria importanza per i clinici che operano nell'ambito delle gravi patologie mentali, tra cui la schizofrenia (4,5). Infatti, un impiego di tipo competitivo costituisce un elemento essenziale in diverse definizioni di guarigione (6-8) e comporta non solo un aumento del reddito individuale dei pazienti, ma anche un miglioramento nell'autostima e nella qualità di vita (9-12).

Numerosi studi hanno cercato di identificare i predittori del lavoro competitivo e diversi autori si sono focalizzati su variabili cliniche, che possono essere modificate con specifici trattamenti. Già a metà degli anni '80, Anthony e Jansen (13) suggerivano di indagare la possibile relazione tra psicopatologia e funzionamento lavorativo, per spiegare la quale sono stati proposti diversi modelli, che includono la distinzione tra sintomi positivi e negativi e il ruolo dei deficit cognitivi (14).

Per quanto riguarda la psicopatologia, la maggior parte degli studi si è focalizzata sulla sintomatologia positiva e negativa: i sintomi negativi sono risultati essere un predittore più attendibile del funzionamento lavorativo rispetto ai sintomi positivi. McGurk et al. (15) hanno riscontrato che, nell'87% degli studi che prendono in considerazione i sintomi negativi e nel 78% di quelli che indagano invece i sintomi positivi, i primi risultavano essere predittori del funzionamento lavorativo. Il ruolo della psicopatologia generale è stato meno approfondito. Una recente revisione della letteratura sui predittori dell'occupazione lavorativa (14) ha evidenziato che, dal 1998, solo tre studi hanno indagato la psicopatologia generale, mentre diciannove e sedici studi hanno valutato rispettivamente i sintomi negativi e positivi.

Le funzioni cognitive sono tra le variabili più studiate e al momento vengono considerate il predittore più attendibile del funzionamento lavorativo nella schizofrenia. Diversi studi, retrospettivi, trasversali, o prospettici hanno dimostrato un'importante relazione tra funzionamento cognitivo e lavorativo in pazienti con

schizofrenia o con altri gravi disturbi mentali (14,16). Questa evidenza è stata confermata anche dall'ampio studio Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) (17).

Meno studiata è la relazione tra lavoro e qualità di vita e i risultati riscontrati sono contrastanti. Nella popolazione generale, lo stato lavorativo comporta benefici nelle aree della socializzazione, dell'acquisizione di nuove abilità, nella creatività e nel reddito (18), ambiti spesso compromessi nei pazienti con schizofrenia. È possibile, quindi, che la presenza di occupazione lavorativa possa migliorare questi aspetti (19). Alcuni studi riportano, infatti, una migliore qualità di vita nei pazienti con schizofrenia che hanno un lavoro rispetto a quelli che non lo hanno (20-22) e in precedenti studi longitudinali è stato riscontrato che la qualità di vita migliora nel corso del tempo in pazienti con impiego lavorativo stabile (19-23). Secondo alcuni autori, il lavoro competitivo, in particolare, rende i pazienti più soddisfatti della loro situazione economica (22), anche se non migliora significativamente altri aspetti come la soddisfazione generale o la soddisfazione riguardo ai servizi mentali (19).

Allo scopo di approfondire le relazioni tra psicopatologia, funzioni cognitive, qualità di vita e occupazione lavorativa competitiva, abbiamo analizzato un campione di 143 pazienti affetti da schizofrenia in fase stabile. Il nostro studio si poneva i seguenti obiettivi:

- indagare le differenze tra pazienti con impiego lavorativo competitivo e pazienti senza impiego lavorativo per quanto riguarda la psicopatologia, le funzioni cognitive, la qualità di vita e le variabili socio-demografiche;
- indagare quali tra le variabili significativamente differenti tra i due gruppi di pazienti risultassero essere fattori contribuenti dell'occupazione lavorativa di tipo competitivo.

MATERIALI E METODI

Soggetti

Lo studio è stato condotto presso la Clinica Psichiatrica Universitaria, Struttura Semplice di Coordinamento a Valenza Dipartimentale (SSCVD), Coordinamento Assistenziale Psichiatrico Ospedale-Territorio, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino e il Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale ASL 1-Molinette, nel periodo compreso tra il gennaio 2008 e il luglio 2009. Sono stati reclutati 143 pazienti ambulatoriali consecutivi con diagnosi di schizofrenia in fase stabile. Tutti i pazienti soddisfacevano i criteri diagnostici per la schizofrenia secondo il

Lavoro competitivo nella schizofrenia: correlati clinici, neuropsicologici e qualità di vita

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) (24). La diagnosi è stata confermata da due clinici esperti (M.G., C.M.) utilizzando la Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) (25). In precedenza, i due clinici erano stati adeguatamente formati nell'utilizzo della SCID. Al momento dell'ingresso nello studio, i pazienti erano clinicamente stabili da almeno 6 mesi, come valutato dallo psichiatra curante: durante tale periodo tutti i pazienti erano stati trattati in regime ambulatoriale, il trattamento farmacologico non aveva subito modificazioni e non si erano verificate modificazioni sostanziali nel quadro psicopatologico. In aggiunta ai dati clinici, la schizofrenia è stata considerata in fase stabile in base a quanto riferito dai pazienti stessi, alle osservazioni del personale della struttura psichiatrica e dei familiari. Tutti i pazienti erano in trattamento con farmaci antipsicotici al momento della valutazione. I due clinici erano a conoscenza della diagnosi precedente e avevano anche a disposizione le cartelle cliniche di tutti i pazienti.

I criteri di esclusione dei soggetti sono stati i seguenti:

- comorbidità per un altro disturbo psichiatrico di asse I secondo il DSM-IV-TR (indagato tramite la SCID);
- presente o passata comorbidità per disturbo autistico o altro disturbo pervasivo dello sviluppo;
- diagnosi di disturbo psichiatrico dovuto a condizione medica generale;
- storia di grave trauma cranico (caratterizzato da un coma della durata maggiore di 48 ore);
- pazienti con attività lavorativa definita non competitiva (per es., borse lavoro, tirocini e lavoro in cooperative sociali).

Tutti i soggetti sono stati valutati tramite un'intervista semistrutturata al fine di raccogliere dati relativi alle variabili demografiche e cliniche dei pazienti. Sono state raccolte informazioni relative all'età, al genere, alla scolarità, all'età di esordio della malattia, alla durata di malattia e al funzionamento lavorativo (presenza/assenza di occupazione lavorativa competitiva). Il lavoro competitivo era definito come un lavoro che: 1) era retribuito con uno stipendio minimo o più elevato rispetto alla media nazionale, 2) era inserito in un ambito lavorativo tradizionale e socialmente riconosciuto, 3) non era riservato solo a pazienti in carico presso strutture psichiatriche, e 4) non era riservato unicamente ai servizi sociali (26).

Tutti i soggetti inclusi avevano fornito il loro consenso informato scritto dopo un'accurata descrizione dello studio. Lo studio è stato portato a termine nel rispetto dei principi etici stabiliti dalla Dichiarazione di Helsinki del 1964 ed è stato inoltre approvato dal Comitato Etico Interaziendale AOU San Giovanni Battista-AO CTO/Maria Adelaide.

Valutazione clinica

Tutte le valutazioni sono state effettuate da due clinici esperti (M.G., C.M.).

La gravità della psicopatologia è stata indagata tramite la Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS (27), una scala di valutazione caratterizzata da 30 item suddivisi in tre distinte sottoscale, una per i sintomi positivi, PANSS-P (7 item), una per quelli negativi, PANSS-N (7 item) e una per la psicopatologia generale, PANSS-G (16 item). I sintomi sono valutati su una scala a 7 punti (1=assenza del sintomo; 7=massima gravità del sintomo).

La qualità di vita è stata indagata tramite la Quality of Life Scale (QLS) (28), un'intervista semistrutturata composta da 21 voci che forniscono informazioni riguardo a sintomi e livello di funzionamento, suddivisi in quattro categorie: relazioni interpersonali, ruolo occupazionale, aspetti intrapsichici e attività quotidiane. La QLS sembra essere uno strumento che permette una descrizione precisa e analitica della dimensione sociale della qualità di vita nella schizofrenia (29) e si è dimostrata valida in termini di accettabilità da parte del paziente e affidabilità dei risultati dal punto di vista psicometrico (30).

Valutazione cognitiva

Tutti i test neuropsicologici sono stati somministrati da un esperto psicologo (F.C.), che non era a conoscenza delle caratteristiche cliniche dei pazienti e dei risultati della valutazione psichiatrica. I pazienti sono stati valutati mediante una batteria neuropsicologica il giorno dopo la valutazione clinica. Il tempo di somministrazione era di 1-2 ore per paziente. Nessun soggetto era stato sottoposto in precedenza ai test proposti. La batteria includeva la valutazione dei seguenti domini:

Funzioni attentive: lo Stroop Test (31) è stato usato per valutare le abilità di attenzione selettiva. Abbiamo utilizzato la versione tradizionale del test, basata sulla presentazione di tre cartoncini, che permette di valutare l'abilità di inibire risposte automatiche durante l'esecuzione di un compito basato su stimoli conflittuali. Al soggetto viene presentato il primo cartoncino su cui sono scritte una serie di parole da nominare il più velocemente possibile in trenta secondi. Il secondo cartoncino presenta una serie di quadrati colorati che il soggetto deve denominare. Sul terzo cartoncino è scritta una serie di nomi di colori diversi. Il soggetto deve nominare il colore con cui sono scritti gli stimoli, ignorando il significato della parola. Sono stati considerati i seguenti indicatori: il numero di colori nominati in 30 secondi (Stroop C) e il numero di colori nominati nella prova conflittuale (Stroop CW).

Memoria verbale/apprendimento: è stata valutata tramite il California Verbal Learning Test (CVLT) (32). Il test consiste nella rievocazione immediata di una lista di 16 item, che prevede 5 trial di apprendimento. Al soggetto viene poi presentata una seconda lista di parole da memorizzare, che costituiscono materiale interferente rispetto alla prima presentazione di stimoli, in seguito alla quale il paziente è invitato a rievocare gli item della lista precedente. La rievocazione ritardata è testata dopo un intervallo di 20 minuti, seguito da un test di riconoscimento, in cui si alter-

nano le voci del primo elenco con 28 distrattori. Il test permette la valutazione di diversi aspetti della memoria verbale, inclusi la capacità di apprendimento, di rievocazione immediata e differita e di riconoscimento. In particolare, sono stati usati quattro indicatori: il numero totale di item correttamente rievocati nel corso dei 5 trial di apprendimento, il numero di item rievocati dopo 20 minuti, il numero di riconoscimenti corretti e il numero di falsi riconoscimenti.

Funzioni esecutive: il Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (33) è stato utilizzato per indagare le abilità di astrazione e flessibilità cognitiva. Il soggetto ha davanti a sé 4 cartoncini con disegnate figure diverse per una o più caratteristiche di colore, forma o numero. Uno alla volta gli vengono presentati 128 cartoncini con figure analoghe a tre dei modelli per qualcuno dei caratteri. Il soggetto deve porre ogni cartoncino sotto al modello con cui reputa condivida qualche caratteristica, e dopo ogni scelta l'esaminatore lo informa se l'assegnazione è stata "giusta" o "sbagliata". Vengono dapprima dichiarate giuste le assegnazioni effettuate per colore, e, dopo 10 risposte corrette consecutive, quelle eseguite per forma, e infine quelle per numero, senza che nel corso della prova il soggetto sia mai avvertito di quando il criterio "giusto" cambia. L'esame dura fino a che siano state identificate 6 categorie (colore, forma, numero) o fino all'esaurimento dei 128 cartoncini. Si calcola il numero di categorie identificate dal soggetto, gli errori commessi e gli errori perseverativi.

Analisi statistica

Le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versione 17 (SPSS Inc., 2008). Il confronto statistico dei dati relativi alle caratteristiche demografiche (età, sesso, scolarità), cliniche (età di esordio, numero di ricoveri precedenti), psicopatologiche e cognitive tra i due gruppi è stato effettuato mediante l'analisi della varianza (one-way ANOVA) e il test chi-square. Le variabili significativamente differenti tra i due gruppi di soggetti (pazienti senza lavoro e pazienti con lavoro competitivo) sono state successivamente inserite in un modello di regressione multipla backward per valutare il loro contributo indipendente all'impiego lavorativo di tipo competitivo. Il livello di significatività statistica è stato stabilito per $p < 0,05$.

RISULTATI

Dei 143 soggetti con schizofrenia valutati (N=80 maschi e N=63 femmine), 42 pazienti lavoravano (N=20 maschi e N=22 femmine) e 101 non lavoravano (N=60 maschi e N=41 femmine). I due gruppi di pazienti presentavano simili caratteristiche demografiche, fatta eccezione per la scolarità (Tabella 1). Dei 143 pazienti considerati, 29 assumevano antipsicotici di prima generazione, di cui 4 pazienti con occupazione lavorativa (9%) e 25 senza occupazione lavorativa

(91%), mentre 114 assumevano antipsicotici di seconda generazione, di cui 38 pazienti con occupazione lavorativa (25%) e 76 senza occupazione lavorativa (75%) (chi-square: 3,678; n.s.).

La psicopatologia generale e la sintomatologia negativa erano significativamente meno gravi nel campione di pazienti con occupazione lavorativa (Tabella 2). La qualità di vita, sia nel punteggio totale sia in tutti i suoi domini (aspetti intrapsichici, relazioni interpersonali, ruolo occupazionale, oggetti e attività quotidiane), risultava significativamente migliore nel campione di soggetti con impiego competitivo (Tabella 2). Per quanto ri-

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e cliniche del campione di pazienti in studio

Variabile	Non lavora (n=101)	Lavora (n=42)	F	p
Età, anni	42,5 ± 11,7	40,3 ± 7,70	1,53	,217
Scolarità, anni	10,8 ± 3,33	12,8 ± 3,59	10,4	,002
Durata di malattia, anni	16,0 ± 10,6	15,2 ± 9,33	,168	,682
Età di esordio, anni	26,6 ± 9,32	24,9 ± 6,60	1,01	,317

I dati sono espressi come media ± DS. Analisi statistica: one-way ANOVA.

Tabella 2. Valutazione psicometrica nei due gruppi di pazienti

Variabile	Non lavora (n=101)	Lavora (n=42)	F	p
PANSS-totale	69,1 ± 24,1	57,9 ± 26,5	6,01	,015
PANSS-N	22,0 ± 7,70	17,4 ± 8,15	9,85	,002
PANSS-P	14,8 ± 6,18	12,8 ± 6,27	2,82	,095
PANSS-G	38,8 ± 12,3	30,6 ± 12,4	12,5	,001
QLS totale	57,3 ± 19,8	78,2 ± 20,2	26,1	,000
QLS 1	19,8 ± 9,54	25,1 ± 10,3	6,76	,011
QLS 2	7,45 ± 6,10	16,0 ± 4,10	54,6	,000
QLS 3	20,6 ± 7,62	27,9 ± 8,04	20,9	,000
QLS 4	7,55 ± 2,03	9,18 ± 2,14	14,7	,000

I dati sono espressi come media ± DS. Analisi statistica: one-way ANOVA.

PANSS-N: Positive and Negative Syndrome Scale, Negative Symptoms; PANSS-P: Positive and Negative Syndrome Scale, Positive Symptoms; PANSS-G: Positive and Negative Syndrome Scale, General Psychopathology; QLS: Quality of Life Scale; QLS1: relazioni interpersonali; QLS2: ruolo occupazionale; QLS3: fondamenti intrapsichici; QLS4: oggetti e attività comuni.

Lavoro competitivo nella schizofrenia: correlati clinici, neuropsicologici e qualità di vita

guarda la valutazione cognitiva, i punteggi nelle prove di memoria verbale/apprendimento (CVLT 1-5) e attenzione (Stroop e Stroop CW) erano significativamente più alti nel gruppo di soggetti con impiego competitivo, mentre non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi nelle funzioni esecutive (**Tabella 3**).

L'analisi di regressione multipla backward ha evidenziato che i fattori che influenzavano significativamente la presenza di occupazione lavorativa competitiva erano: una scolarità più elevata, una migliore memoria verbale/apprendimento e una migliore qualità di vita nel dominio del ruolo occupazionale (**Tabella 4**).

DISCUSSIONE

Il presente studio consiste in una valutazione trasversale in un setting naturalistico di pazienti ambulatoriali con diagnosi di schizofrenia in fase stabile. Lo scopo è stato quello di confrontare la psicopatologia, le funzioni cognitive, la qualità di vita e le variabili socio-demografiche nei pazienti con e senza lavoro competitivo e valutare quali di queste variabili potessero contribuire all'occupazione lavorativa di tipo competitivo.

I risultati di questo studio evidenziano che la scolarità, la memoria verbale/apprendimento e la qualità di vita (nel dominio ruolo occupazionale) sono fattori che contribuiscono all'impiego competitivo.

Il profilo demografico era simile tra i due gruppi di pazienti, eccetto il dato riguardante la scolarità. In accordo con altri studi presenti in letteratura, abbiamo riscontrato una correlazione tra scolarità più elevata e lavoro competitivo (1,34-38). Si potrebbe ipotizzare che la scolarità sia associata ad alcune caratteristiche, come la classe sociale, le opportunità di studio e l'età d'esordio della malattia (14) e che una minore scolarità possa indicare un peggior funzionamento premorbo, correlato a sua volta con maggiori deficit cognitivi e con una peggiore prognosi della malattia (39).

Nel nostro studio, anche il funzionamento cognitivo risultava avere un ruolo indipendente sul funzionamento lavorativo competitivo nella schizofrenia, in accordo con quanto osservato da altri autori. Numerosi studi hanno evidenziato una correlazione tra migliori funzioni cognitive e più elevato funzionamento sociale, incluso il lavoro (14,17). In particolare, è stata riscontrata una relazione tra miglior funzionamento lavorativo e migliore performance nel dominio cognitivo della memoria verbale/apprendimento nella schizofrenia e in altri disturbi mentali gravi (39-43). Bryson e Bell (42) hanno suggerito che, mentre altre abilità cognitive sembrano essere più importanti per il successo iniziale nella ricerca di un impiego, la memoria verbale sembra maggiormente implicata nel mantenimento a lungo termine del lavoro. La memoria verbale implica l'abilità di acquisire nuove informazioni presentate verbalmente e questo aspetto della memoria è considerato strettamente correlato alla capacità di svolgere le attività quotidiane, incluse quelle riguardanti l'ambito lavorativo.

Per quanto riguarda la psicopatologia, numerosi studi hanno identificato un'associazione tra maggior gravità dei sintomi e peggior funzionamento lavorativo (3,15). Nel nostro campione di pazienti, la sintomatologia negativa e la psicopatologia generale erano risultate significativamente meno gravi nel gruppo di pazienti con occupazione lavorativa competitiva ma nell'analisi di regressione non sono emerse come fattori contri-

Tabella 3. Valutazione neuropsicologica del campione in studio

Variabile	Non lavora (n=101)	Lavora (n=42)	F	p
Stroop C	37,0 ± 8,00	41,5 ± 9,34	7,17	,008
Stroop CW	19,6 ± 6,68	23,6 ± 6,38	9,38	,003
CVLT Trial 1-5	36,6 ± 10,9	46,0 ± 11,4	19,4	,000
CVLTtotdif	8,21 ± 3,44	9,67 ± 3,49	4,74	,031
CVLT ric	13,2 ± 2,25	14,6 ± 2,03	2,89	,091
CVLT falsrec	2,93 ± 3,22	2,00 ± 3,01	2,25	,136
TMTa	56,0 ± 26,8	48,5 ± 22,2	2,36	,127
TMTb	137,5 ± 74,2	115,2 ± 67,2	2,53	,114
WCSTcat	5,70 ± ,861	5,76 ± ,723	,364	,547
WCSTtoterr	10,9 ± 6,56	9,98 ± 6,08	,513	,475
WCSTep	23,1 ± 11,7	19,8 ± 9,97	2,14	,147

I dati sono espressi come media ± DS. Analisi statistica: one-way ANOVA.

Stroop C: Stroop Test, Colour; Stroop CW: Stroop Test, Color World; CVLT ric: California Verbal Learning Test, riconoscimenti; CVLT falsrec: California Verbal Learning Test, falsi riconoscimenti; CVLTtotdif: California Verbal Learning Test, totale rievocazione differita; TMT: Trail Making Test; WCST cat: Winsconsin Card Sorting Test, numero di categorie completate; WCST toterr: Winsconsin Card Sorting Test, errori totali; WCST ep: Winsconsin Card Sorting Test, errori perseverativi.

Tabella 4. Regressione logistica con metodo backward

Variabile	B	S.E.	p
QLS2	,244	,058	,000
CVLT Trial 1-5	,052	,026	,046
Scolarità	,178	,088	,043

QLS2: Quality of Life Scale, ruolo occupazionale; CVLT: California Verbal Learning Test.

buenti al lavoro competitivo. Tsang et al. (14), in una revisione sui predittori dell'attività lavorativa, hanno identificato diciannove studi che indagavano la sintomatologia negativa in un periodo compreso tra il 1998 e il 2008; tra questi, solo nove riscontravano che i sintomi negativi fossero predittori del funzionamento lavorativo. Di tre studi sul ruolo della psicopatologia generale, due hanno evidenziato una stretta relazione con il lavoro. I nostri dati, solo in parziale accordo con la letteratura, potrebbero essere spiegati considerando che la maggior parte degli studi precedenti hanno analizzato campioni di pazienti con impiego di tipo non competitivo, mentre nel nostro campione tutti i soggetti avevano un lavoro di tipo competitivo. È, pertanto, possibile che il valore predittivo dei vari sintomi sia differente a seconda del tipo di attività lavorativa indagata.

Nel nostro studio la qualità di vita risultava essere significativamente migliore nel gruppo di pazienti con impiego lavorativo rispetto al gruppo che non lavorava e la sottoscala "ruolo occupazionale" risultava essere tra i fattori contribuenti all'impiego lavorativo competitivo. Il dominio "ruolo occupazionale" valuta il livello di funzionamento lavorativo, il grado di realizzazione, il grado di sottoccupazione e il grado di soddisfazione del funzionamento lavorativo. Le domande che vengono poste dal clinico riguardano anche la presenza di pregressa occupazione lavorativa, nonché il grado in cui l'attuale funzionamento lavorativo riflette la piena utilizzazione delle potenzialità e delle opportunità delle quali il soggetto dispone (28). Si potrebbe ipotizzare che una migliore qualità di vita in questo dominio rifletta, almeno in parte, fattori socioculturali e capacità intrinseche del soggetto che contribuiscono positivamente all'occupazione lavorativa.

Questo studio ha diversi punti di forza. Primo, il nostro campione era omogeneo per quanto riguarda lo stadio di malattia; secondo, tutti i pazienti sono stati diagnosticati utilizzando un'intervista clinica strutturata (SCID) piuttosto che tramite la revisione delle cartelle cliniche; terzo, sono stati inclusi solo pazienti con diagnosi di schizofrenia e non altri disturbi psicotici. Infine, pochi studi sul funzionamento lavorativo sono stati condotti sinora in Italia, mentre la maggioranza è stata effettuata negli Stati Uniti.

Il presente studio ha anche alcuni limiti. Innanzitutto, è uno studio trasversale e quindi non è possibile stabilire l'andamento longitudinale delle correlazioni evidenziate dai risultati. Inoltre, dal gruppo dei pazienti che lavoravano al momento della valutazione, abbiamo escluso i pazienti inseriti in una cornice lavorativa non competitiva, che costituivano un gruppo troppo esiguo per essere considerato statisticamente significativo.

CONCLUSIONI

I risultati del nostro studio confermano l'importanza di un buon funzionamento cognitivo, e in particolare della memoria verbale/apprendimento, nell'ottenere un migliore funzionamento lavorativo nella schizofrenia. Mentre non esistono forti evidenze su farmaci che possano migliorare le capacità cognitive di questi pazienti, diversi studi che hanno utilizzato la riabilitazione cognitiva al fine di ottenere un miglior funzionamento lavorativo hanno raggiunto buoni risultati (17,43). Riteniamo, quindi, che potrebbe essere utile insistere nella progettazione di interventi di riabilitazione cognitiva rivolti ai pazienti con schizofrenia.

I nostri risultati sottolineano anche il ruolo indipendente della scolarità e della qualità di vita sul funzionamento lavorativo nella schizofrenia, suggerendo quindi di porre una particolare attenzione a questi aspetti per migliorare il funzionamento lavorativo nella schizofrenia stabile. Interessante è il dato sulla scolarità, intesa come indice di funzionamento premorbo, che suggerisce l'importanza dell'intervento precoce. Il ruolo della qualità di vita, in particolare del dominio ruolo occupazionale, sottolinea l'importanza del grado di realizzazione e di soddisfazione del funzionamento lavorativo nel mantenimento del lavoro competitivo, considerato peraltro, tra le varie possibilità lavorative, quello con i maggiori risvolti positivi clinici e sociali (5).

BIBLIOGRAFIA

1. Mueser K, Salyers M, Mueser P. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2001; 27: 281-96.
2. Bond G, Becker D, Drake R, et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 313-22.
3. Bond G, Drake R. Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21: 362-9.
4. US Public Health Services. Mental Health: a report of the Surgeon General. In: Services. Washington, DC; 1999.
5. Bush P, Drake R, Xie H, McHugo G, Haslett W. The long-term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 1024-31.
6. Bond GR, Salyers MP, Rollins AL, Rapp CA, Zippel AM. How evidence-based practices contribute to community integration. *Community Ment Health J* 2004; 40: 569-88.
7. Lieberman JA, Drake RE, Sederer LI, et al. Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 487-96.
8. Davidson L, Rowe M, Tondora J, O'Connell MJ, Staeheli Lawless M. A practical guide to recovery-oriented practice. New York: Oxford University Press, 2009.
9. Bell M, Lysaker P, Milstein R. Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22: 51-67.

Lavoro competitivo nella schizofrenia: correlati clinici, neuropsicologici e qualità di vita

10. Mueser K, Becker D, Torrey W, et al. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 419-26.
11. Bond G, Resnick S, Drake R, Xie H, McHugo G, Bebout R. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 489-501.
12. Provencher H, Gregg R, Mead S, Mueser K. The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2002; 26: 132-44.
13. Anthony W, Jansen M. Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill. Research and policy implications. *Am Psychol* 1984; 39: 537-44.
14. Tsang H, Leung A, Chung R, Bell M, Cheung W. Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44: 495-504.
15. McGurk S, Mueser K, Walling D, Harvey P, Meltzer H. Cognitive functioning predicts outpatient service utilization in schizophrenia. *Ment Health Serv Res* 2004; 6: 185-8.
16. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 411-7.
17. McGurk S, Mueser K, DeRosa T, Wolfe R. Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. *Schizophr Bull* 2009; 35: 319-35.
18. Drake RE, Becker DR, Biesanz JC, Torrey WC, McHugo GJ, Wyzik PF. Rehabilitative day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes. *Community Ment Health J* 1994; 30: 519-32.
19. Bryson G, Lysaker P, Bell M. Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28: 249-57.
20. Eklund M, Hansson L, Bejerholm U. Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 79-83.
21. Rüesch P, Graf J, Meyer PC, Rössler W, Hell D. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 686-94.
22. Eklund M. Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. *Qual Life Res* 2009; 18: 163-70.
23. Nordt C, Müller B, Rössler W, Lauber C. Predictors and course of vocational status, income and quality of life in people with severe mental illness: a naturalistic study. *Soc Sci Med* 2007; 65: 1420-9.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder. Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Press 2000.
25. First MB, Gibbo M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
26. Razzano L, Cook J, Burke-Miller J, et al. Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness: findings from the employment intervention demonstration program. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 705-13.
27. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-76.
28. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984; 10: 388-98.
29. Reine G, Simeoni MC, Auquier P, Loundou A, Aghababian V, Lancon C. Assessing health-related quality of life in patients suffering from schizophrenia: a comparison of instruments. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 510-9.
30. Lehman AF. Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 78-88.
31. Stroop J. Studies of interference in serial verbal reactions. *Q J Exp Psychol* 1935; 18: 643-62.
32. Delis DC, Kramer JH, Kaplan E. California verbal learning test adult version research edition manual. New York: The Psychological Corporation, 1987.
33. Heaton RK, Chelune GJ, Kay KK. Wisconsin Card Sorting Test Manual. Revised and expanded. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1993.
34. Goldberg R, Lucksted A, McNary S, Gold J, Dixon L, Lehman A. Correlates of long-term unemployment among inner-city adults with serious and persistent mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 65: 1420-9.
35. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, et al. Rates and correlates of employment in people with severe schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 30-7.
36. Catty J, Lissouba P, White S, et al. Predictors of employment for people with severe mental illness: Results of an international six-centre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 224-31.
37. Cook J, Blyler C, Leff H, et al. The employment intervention demonstration program: major findings and policy implications. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31: 291-5.
38. Cougnard A, Goumilloux R, Monello F, Verdoux H. Characteristics associated with duration of employment of persons with schizophrenia after first contact with psychiatric services. *Work* 2009; 34: 365-71.
39. McGurk S, Meltzer H. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000; 45: 175-84.
40. Gold J, Goldberg R, McNary S, Dixon L, Lehman A. Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1395-402.
41. McGurk S, Mueser K. Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 789-98.
42. Bryson G, Bell M. Initial and final work performance in schizophrenia: cognitive and symptom predictors. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 87-92.
43. McGurk S, Twamley E, Sitzer D, McHugo G, Mueser K. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1791-802.