SUPSI

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale
Corso di laurea in Cure Infermieristiche

L'applicazione della terapia cognitivo-comportamentale nei pazienti schizofrenici

Revisione di letteratura

Lavoro di Tesi
(*Bachelor Thesis*)
di

Valeria Vital

Anno scolastico 2016-2017
Luogo e data di consegna: Manno, 31 luglio 2017

Direttrice di tesi: Lara Pellizzari-Bernasconi

"L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi"

Abstract

Background: la schizofrenia è una malattia cronica caratterizzata da sintomi di carattere produttivo, sintomi negativi, disorganizzazione del comportamento e/o del pensiero e deficit cognitivi. I pazienti esordiscono solitamente in giovane età e gli andamenti della patologia sono variegati, ma spesso portano a conseguenze invalidanti per la vita della persona colpita e toccano in modo importante anche l'entourage del paziente. Il trattamento della malattia si basa sulla terapia farmacologica a base di antipsicotici. In aggiunta vi si possono aggiungere le terapie cognitivo-comportamentali, che sono indicate per trattare tutti quei sintomi che non rispondono appieno ai farmaci.

Obiettivi: aumentare le mie conoscenze rispetto la schizofrenia e la sua sintomatologia; approfondire una pratica non farmacologica come la terapia cognitivo comportamentale; indagare, se a livello scientifico, ci siano o meno delle evidenze rispetto alla validità ed efficacia di una gestione dei sintomi positivi nei pazienti schizofrenici resistenti alle terapie farmacologiche con la terapia cognitivo comportamentale; arrivare e trarre delle conclusioni che potranno essere utili per avere un quadro completo su questo tema da me scelto e che magari mi permettano in futuro di poter indirizzare dei pazienti a svolgere questo tipo di terapia; implementare le mie conoscenze come infermiera nell'ambito della medicina complementare, in modo da poter, un giorno, offrire ai pazienti delle informazioni non solo a livello farmacologico, ma anche non farmacologico, sulle possibilità di gestione dei sintomi positivi della loro malattia.

Metodo: per quanto riguarda il lavoro di tesi ho scelto di utilizzare come metodologia la revisione di letteratura. Seguendo le keyowrds selezionate, includendo gli articoli pubblicati dall'anno 2000 in poi e tenendo sempre conto della mia tematica e dagli obiettivi del lavoro di Bachelor.

Risultati: gli studi hanno mostrato che vi sono dei benefici della terapia cognitivo-comportamentale per quanto riguarda la riduzione dei sintomi positivi come deliri ed allucinazioni anche a lungo termine. È emerso anche un'importante validità della CBT rispetto al funzionamento psico-sociale dei pazienti, con un suo miglioramento in diversi ambiti.

Conclusioni: vi sono delle evidenze che l'approccio cognitivo-comportamentale sia valido per il trattamento dei sintomi positivi in pazienti schizofrenici. È di conseguenza indicato una sua applicazione associata ad una terapia farmacologica con antipsicotici.

Keywords: *cognitive – behavioral therapy, schizophrenia, chronic schizophrenia, positive symptoms, refractory psychotic symptoms.*

Sommario

1. Introduzione 4
1.1 Motivazione 4
2. Background 4
2.1 La schizofrenia 4
2.2 Criteri diagnostici e classificazione 5
2.3 Epidemiologia 5
2.4 Eziologia 6
2.5 Sintomi 7
2.6 Decorso e prognosi 8
2.7 Terapia 10
2.8 Trattamento farmacologico 10
2.9 Trattamenti non farmacologici 11
3. Foreground 12
3.1 Scelta della metodologia 12
3.2 Domanda di ricerca e PICO 13
3.3 Obiettivi della ricerca 13
3.4 Tappe della ricerca 14
4. Tabelle riassuntive degli studi selezionati 15
5. Risultati 32
5.1 Descrizione degli articoli scientifici selezionati 32
5.2 Sintesi degli studi 32
5.3 Limiti degli studi 34
5.4 Criticità 35
6. Raccomandazioni 35
6.1 Raccomandazioni per la pratica professionale 35
6.2 Raccomandazioni per una futura ricerca 35
7. Conclusioni 36
7.1 Valutazione personale del percorso svolto 36
8. Bibliografia 38
9. Allegati 41

1. Introduzione

1.1 Motivazione

Per il mio lavoro di Bachelor l'area di interesse è quella della psichiatria, in particolare voglio soffermarmi sui pazienti schizofrenici che presentano sintomi positivi persistenti nonostante la terapia farmacologica. Infatti, vorrei andare a scoprire quali interventi non farmacologici si possono attuare per gestire i sintomi positivi in questa specifica categoria di pazienti psichiatrici.
Una volta tornata a scuola, dopo il secondo stage, abbiamo cominciato il modulo di "Metodologia dei progetti 1" ed ho subito capito che mi sarebbe piaciuto trattare un tema legato alla psichiatria, in quanto lo stage in ambito psichiatrico mi ha arricchita molto sia dal punto di vista professionale che personale.
Grazie al mio lavoro di diploma, vorrei riuscire ad approfondire una patologia che mi ha sempre affascinata: la schizofrenia. Sono dunque intenzionata a focalizzarmi nello specifico sui pazienti schizofrenici, in quanto, durante lo stage in psichiatria, mi sono confrontata con questa problematica. Sempre durante lo stage, ho potuto vedere come venivano trattati e gestiti questi sintomi, chiaramente veniva proposta una terapia farmacologica, ma io vorrei scoprire se esistono altri interventi che si possono attuare e se questi sono efficaci (sempre a livello non farmacologico) come la terapia cognitivo comportamentale. Si tratta di una terapia che racchiude insieme la psicoterapia cognita e quella comportamentale. Con questo lavoro avrò di conseguenza la possibilità di indagare una terapia che mi interessa molto, ma che non conosco ancora appieno. Ho deciso di focalizzarmi sui sintomi positivi, perché durante il mio tirocinio ho potuto curare dei pazienti che, nonostante un'adeguata terapia farmacologica, presentavano dei sintomi produttivi persistenti. Mi sono dunque chiesta se ci fossero delle terapie complementari che potessero migliorare la sintomatologia residua che presentavano. Ho così chiesto agli infermieri e mi hanno indirizzata a dei testi che discutevano l'utilizzo della terapia cognitivo comportamentale per questa tipologia di pazienti. Trovo che la tematica da me scelta sia molto interessante, e dopo aver visto con i miei occhi le conseguenze che portano i sintomi positivi ai pazienti che soffrono di schizofrenia ho così deciso di prende come popolazione questa tipologia di utenti.
Durante il mio stage, ho conosciuto un giovane ragazzo con diagnosi di schizofrenia da diversi anni. Mi ha molto colpito il fatto che nonostante fossero già passati sei mesi dal suo ennesimo ricovero, presentava ancora un'ideazione delirante di tipo paranoide e delle allucinazioni uditive e visive. Questi sintomi gli impedivano di svolgere le attività di vita quotidiana, non si prendeva cura della sua igiene personale e gli impedivano di mangiare tutti gli alimenti. Infatti, di nutriva di sola carne e non era in grado di sostenere una conversazione per più di qualche minuto, questo perché veniva continuamente disturbato dai sintomi allucinatori. È stato dopo aver conosciuto questo paziente molto complesso che mi sono interessata ancora di più alla schizofrenia ed ho così deciso di trattarla nel mio lavoro di tesi. Ho scelto invece come intervento la terapia cognitivo comportamentale perché ci è stata presentata in diverse lezioni a scuola e ne sono rimasta affascinata, ed ho penso così di approfondirla nel mio lavoro di Bachelor.

2. Background

2.1 La schizofrenia

La "dementia praecox", era questo il primo termine coniato da Emil Kraepelin che si riferiva alla malattia che oggi chiamiamo schizofrenia (Fassino, Abbate Daga, & Leombruni, 2007). Egli riuniva sotto dementia praecox un gruppo di malattie contraddistinte da un esordio in

giovane età, con sintomi allucinatori e deliranti ed un progressivo deterioramento delle capacità mentali (Fassino et al., 2007).
Fu invece Eugen Bleuler nel 1911 ad utilizzare per la prima volta il termine schizofrenia, riferendosi ad una scissione della mente con conseguenti modificazioni a livello del pensiero, dell'affettività e del comportamento (Fassino et al., 2007). A livello sintomatologico individuò le "quattro A" che sono considerate il core epigenetico della malattia, si tratta di: difficoltà nel costruire nessi Associativi, disturbi dell'Affettività, Autismo ed Ambivalenza (Fassino et al., 2007).
La definizione di schizofrenia è ancora oggi dibattuta dagli studiosi, ma in generale ci si riferisce ad un disparato gruppo di disturbi mentali accompagnati da manifestazioni cliniche molto variegate, con progressione cronica ed una compromissione del giudizio di realtà (Fassino et al., 2007). Il fulcro della malattia schizofrenica è la dissociazione mentale, che comporta una separazione o disconnessione tra le funzioni della psiche, tutti fattori che determinano un'alterazione e frammentazione della vita psichica (Fassino et al., 2007). Oltre alle "quattro A", vi sono quasi sempre presenti dei sintomi accessori che sono le dispercezioni, deliri, disturbi della memoria e catatonia (Fassino et al., 2007).

2.2 Criteri diagnostici e classificazione

Il manuale ICD-10 divide la malattia schizofrenica nei seguenti sottotipi: paranoide, ebefrenica, catatonica, indifferenziata, depressione post-schizofrenia, residua, simplex, altre forme e non specificata (Kemali, Maj, Catapano, Giordano, & Saccà, 1996). Invece, la classificazione del DSM-5, non comprende nessun sottotipo della schizofrenia ed esplicita i seguenti criteri diagnostici:
"A) Due (o più) dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte di tempo significativa durante un periodo di 1 mese (o meno se trattati efficacemente). Almeno uno di questi sintomi deve essere 1), 2) o 3):

1) Deliri
2) Allucinazioni
3) Eloquio disorganizzato (per es., frequente deragliamento o incoerenza)
4) Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico
5) Sintomi negativi (cioè diminuzione dell'espressione delle emozioni o abulia)" (American Psychiatric Association, 2014)

Inoltre, per una ampia quantità di tempo dall'esordio della malattia, vi deve essere presenta un minore funzionamento rispetto ad attività come le relazioni sociali, il lavoro ed il prendersi cura di sé stessi (American Psychiatric Association, 2014). I segni ed i sintomi della schizofrenia devo essere presenti in modo continuato per almeno sei mesi (American Psychiatric Association, 2014). Sempre secondo il manuale DSM-5 devo essere escluse le seguenti malattie prima di porre una diagnosi di schizofrenia: disturbi schizoaffettivo, disturbo depressivo, disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche, e un disturbo dello spettro autistico (American Psychiatric Association, 2014). È importante anche escludere che il disturbo non sia causato dagli effetti di sostanze psicoattive o da condizioni mediche (American Psychiatric Association, 2014).

2.3 Epidemiologia

Dal punto di vista epidemiologico, la prevalenza lifetime della schizofrenia è di circa 0,5-1.5% a livello mondiale (Fassino et al., 2007), mentre l'incidenza di questa malattia si attesta a circa 1.5 su 10'000 persone (Fischer & Buchanan, 2016a). L'incidenza annua è di 0.009-0,09% ed il rischio di ammalarsi nella popolazione generale è attorno all'1% (Fassino et al., 2007). Inoltre, la prevalenza è maggiore nelle classi sociali più basse, e gli uomini sono più

colpiti da questa malattia rispetto alle donne (1.4:1) (Fischer & Buchanan, 2016a). Per quanto riguarda l'età media di insorgenza della malattia schizofrenica, questa è tra i 20 e i 25 anni per le persone di sesso maschile e poco al di sotto dei 30 anni per gli individui di sesso femminile (Pancheri, 2007). È raro che la schizofrenia insorga prima dei 10 anni e dopo i 40 anni (Fassino et al., 2007).
Per il sesso maschile vi sono anche delle indicazioni di una peggiore prognosi (Fischer & Buchanan, 2016a).
Infine, i pazienti affetti da schizofrenia hanno un più alto rischio di sviluppare altri disordini psichiatrici rispetto alle persone che non presentano la malattia, come: depressione, disturbi ansiosi, abuso di sostanze, abuso di alcool e giungere sino al suicidio (Fischer & Buchanan, 2016a).

2.4 Eziologia

La patogenesi della schizofrenia non è ancora totalmente chiarita, ma si pensa che la malattia sia frutto di una complessa interazione tra fattori genetici, ambientali (Fischer & Buchanan, 2016a), biologici e psicosociali (Fassino et al., 2007).
Rispetto ai fattori genetici e di famigliarità degli studi eseguiti su gemelli monozigoti e dizigoti hanno evidenziato che vi è un aumento del tasso di presenza della malattia in entrambi i gemelli monozigoti (40-50%) rispetto a quello dei gemelli dizigoti (10-15%) che suggerisce così un importante componente genetica della schizofrenia (Fischer & Buchanan, 2016a). Infatti, il rischio di sviluppare la malattia schizofrenica in un parente di primo grado di un paziente è al 5% con un genitore ammalato, all'8% se un fratello ha la malattia e fino al 30% se entrambi i genitori sono colpiti dalla schizofrenia (Fassino et al., 2007). Nonostante sia chiaro che vi siano delle evidenze per quanto riguarda dei fattori di rischio genetici che concorrono nello sviluppo della patologia, non si conoscono ancora in modo chiaro quali specifici geni siano coinvolti nell'eziologia della schizofrenia (Fischer & Buchanan, 2016a). Secondo Meyer-Lindenberg & Weinberger (2006) sono però state identificate delle varianti alleliche di geni collegati alla dopamina come DRD2, il GRM3, il COMT, il MADAVNTR e il 5HTLPR (Citato in Fassino et al., 2007, pag. 220).
Dal punto di vista ambientale sono stati identificati i seguenti fattori di rischio come: *stress materno in gravidanza* (Fassino et al., 2007) e *complicazioni ostetriche* tra le quali emorragia, travaglio pretermine, incompatibilità di gruppo sanguino, ipossia fetale ed infezioni materne (si pensa che alcuni agenti infettivi possano avere un ruolo come fattori di rischio nello sviluppo della malattia); l'aumento del rischio della malattia tra i *nati nel tardo inverno-inizio primavera* potrebbe essere collegato con la maggiore esposizione della madre con il virus dell'influenza durante lo sviluppo neurale prenatale, inoltre un'infezione batterica con ospedalizzazione nell'infanzia è associata ad un aumento del rischio di sviluppare la schizofrenia; *disordini autoimmuni* come la celiachia ed anemia emolitica; *uso di cannabis*, studi epidemiologici suggeriscono che il consumo di cannabis sia un fattore di rischio per lo sviluppo della schizofrenia; *immigrazione* per cui numerosi studi hanno osservato una più alta prevalenza della schizofrenia tra gli immigrati rispetto alle popolazioni native; *avanzata età paterna al concepimento*, correlato all'aumento del rischio di mutazioni de novo ed infine *vivere in un'area urbana* (Fischer & Buchanan, 2016a).
A livello biologico, un'alterazione del programma di apoptosi dei neuroni a livelli del sistema nervoso centrale, assieme all'interazione di fattori esterni come sostanze tossiche e stress, sono responsabili della genesi della schizofrenia (Fassino et al., 2007).
A livello fisiopatologico, il neurotrasmettitore maggiormente coinvolto è la dopamina e le vie dopaminergiche (Fassino et al., 2007). La dopamina si va a legarsi a diversi recettori, come il D1, D2, D3, D4 e DA, ma quello coinvolto nella malattia schizofrenica è in particolare il D2 (Fassino et al., 2007). Per quanto riguarda le vie dopaminergiche, troviamo il circuito

mesolimbico che determina le manifestazioni emotive, comportamentali, i sintomi deliranti ed allucinatori; invece, il circuito mesocroticale è coinvolto nei sintomi della malattia ed ha un ruolo significativo rispetto gli effetti collaterali degli antipsicotici assieme al circuito tuberoinfundibolare (Fassino et al., 2007).
I sintomi schizofrenici sono, per quanto riguarda di neurotrasmettitori, determinati da un'iperattivazione dopaminergica nel sistema limbico con conseguenti sintomi positivi e da un deficit di dopamina a livello frontale, che provoca i sintomi negativi. Oltre alla dopamina sono coinvolti anche altri neurotrasmettitori come la serotonina, acetilcolina, noradrenalina e GABA (Fassino et al., 2007).

2.5 Sintomi

Tipico di questa malattia sono i sintomi positivi come allucinazioni, deliri, discorso e pensiero disorganizzato. Inoltre vi sono i sintomi negativi come povertà del linguaggio e disturbi a livello cognitivo che possono influire sulla memoria, attenzione e funzioni esecutive (Fischer & Buchanan, 2016b).
Le allucinazioni sono delle dispercezioni, cioè delle percezioni alterate (Fassino et al., 2007), date dai sensi, senza però una fonte esterna che le provochino (Fischer & Buchanan, 2016b). Queste possono essere di tipo uditivo, visivo, somatico, olfattivo o gustativo(Fischer & Buchanan, 2016b). Le allucinazioni si presentano solitamente in condizioni di ridotta stimolazione sensoriale, in particolare la sera o di notte, oppure quando la persona si trova sola (Pancheri, 2007). Le allucinazioni sono dunque delle percezioni senza un oggetto che si possa percepire (Fassino et al., 2007).
Le allucinazione auditive sono le più comuni con una prevalenza stimata tra il 40-80% tra le persone schizofreniche (Fischer & Buchanan, 2016b). Questo tipo di allucinazioni possono essere elementari quali semplici rumori o fischi, in parte organizzate come suoni ben distinguibili oppure più complesse con frasi e parole ben identificabili (Fassino et al., 2007). A livello di contenuto, questo è molto variabile, di solito si tratta di voci di tipo imperativo con imposizione di ordini, dialoganti, e di commento in cui le voci criticano la persona (Fassino et al., 2007). Comuni allucinazioni uditive sono l'eco del pensiero, in cui il paziente sente la ripetizione ad alta voce dei propri pensieri (Pancheri, 2007).
Per quanto riguarda le allucinazioni visive, esse sono meno frequenti, e sono spesso senza forma e più elementari come i fosfeni, sebbene alcuni pazienti descrivano delle figure umane, facce o parti del corpo e dunque allucinazioni più organizzate (Fassino et al., 2007), (Fischer & Buchanan, 2016b).
Rispetto le allucinazioni somatiche, vengono riportate sensazioni di essere toccati o di sentire dolore (Fischer & Buchanan, 2016b) e sono presentate abbastanza frequentemente dai pazienti (Fassino et al., 2007). Invece, per le allucinazioni olfattive e gustative, queste non sono state ancora pienamente studiate, ma, occasionalmente, certi pazienti riferiscono uno strano gusto od odore (Fischer & Buchanan, 2016b).
Le allucinazioni sono spesso vissute dai pazienti schizofrenici come normali e possono andare a rinforzare il delirio, inoltre, frequentemente queste persone obbediscono agli eventuali ordini che impongono le voci (Fassino et al., 2007).
Le persone schizofreniche tipicamente presentano una disorganizzazione a livello del comportamento e/o del pensiero (Fischer & Buchanan, 2016b). Il pensiero permette di valutare la realtà in modo critico e di giudicare gli eventi, il tutto grazie alla formulazione di idee (Fassino et al., 2007). Esso comprende una forma e un contenuto (Fassino et al., 2007). La disorganizzazione del pensiero porta come conseguenza a una disorganizzazione dell'eloquio con perdita dei nessi associativi (Fassino et al., 2007); la più comune è quella tangenziale, mentre vi sono delle forme più severe di disturbo del pensiero, ad esempio il deragliamento, le digressioni, il neologismo, l'insalata di parole (Fischer & Buchanan,

2016b), ed anche i blocchi (Fassino et al., 2007). I sintomi dati da questa disorganizzazione sono indipendenti dalla severità del delirio o delle allucinazioni che presenta il paziente (Fischer & Buchanan, 2016b). Nei pazienti malati da lungo tempo spesso vi è un'inibizione e un rallentamento a livello del pensiero (Fassino et al., 2007).
Il deliro è presente nel 80% dei pazienti con schizofrenia, ed è spesso una sorta di spiegazione delle loro allucinazioni (Fischer & Buchanan, 2016b), esso è un alterazione del pensiero, in particolare del suo contenuto (Fassino et al., 2007). Questa componente delirante porta a un errato giudizio di realtà, in cui il paziente non cambia idee nemmeno con delle prove tangibili (Fassino et al., 2007). il delirio viene definito sistematizzato se è presente da lungo tempo e se è ben strutturato, e non sistematizzato se è frammentato (Fassino et al., 2007). I deliri più frequenti sono quelli di riferimento, di persecuzione e di trasformazione corporea (Pancheri, 2007). Altre tipologie di delirio appaiono meno sovente e sono quelli di gelosia, di colpa o peccato, di grandezza, mistico, d'influenzamento, di lettura del pensiero, di diffusione del pensiero, d'inserzione del pensiero e di furto del pensiero (Andreasen, 1996).
La malattia schizofrenica porta anche a dei sintomi negativi che sono la conseguenza di un progressivo impoverimento delle attività sociali e psichiche (Fassino et al., 2007). Si annoverano un abbassamento dell'espressività, apatia, abulia, mancanza di energia, scarsa progettualità, anedonia, difficoltà di attenzione, rallentamento motorio, scarso contatto visivo, ritiro sociale ed isolamento, disturbi delle relazioni interpersonali (Fischer & Buchanan, 2016b), appiattimento affettivo ed alogia (Fassino et al., 2007). Quest'ultima comporta una latenza nelle risposte, il paziente se non interpellato non si esprime, invece, se interrogato, le risposte sono scarse sia a livello qualitativo che quantitativo (Fassino et al., 2007). I sintomi primari sono molto resistenti alla terapia e la loro severità è indipendente dalla distorsione della realtà data dai sintomi positivi: infatti il paziente può presentare sintomi negativi in assenza di sintomi positivi, oppure mostrarli entrambi (Fischer & Buchanan, 2016b). I sintomi negativi possono essere secondari ad altre manifestazioni della malattia o del trattamento, ad esempio il paziente se paranoico tenderà ad isolarsi, ed una espressione fissa del volto può essere dovuta all'effetto extrapiramidale dei medicamenti (Fischer & Buchanan, 2016b).
A livello cognitivo la malattia può influire sull'attenzione, la memoria, il ragionamento, le funzioni esecutive, la comprensione verbale (Fischer & Buchanan, 2016b), con alterazioni della vigilanza e perdita dei nessi associativi (Fassino et al., 2007). La diminuzione delle funzioni cognitive di solito precedono la comparsa dei sintomi positivi (Fischer & Buchanan, 2016b). Inoltre, la frammentazione a livello della psiche porta all'angoscia psicotica (Fassino et al., 2007).

2.6 Decorso e prognosi

Solitamente la schizofrenia è preceduta da un periodo prodromico con segni e sintomi caratteristici come comportamenti bizzarri e insoliti, ritiro sociale, esperienze percettive insolite, affettività alterata, scarsa igiene e riduzione della motivazione ed interessi (Carrà, Barale, & Marinoni, 2004), in generale è contraddistinta da sintomi di carattere depressivo (Fassino et al., 2007). Spesso, le persone che vivono il periodo iniziale della malattia, sentono che il loro mondo è cambiato e sovente sono incapaci di portare avanti un'attività lavorativa o scolastica e non riescono ad avere rapporti sociali soddisfacenti con amici e famigliari (Carrà et al., 2004).
Un modello largamente accettato che descrive il decorso della malattia è quello di Lieberman, che descrive una fase premorbosa, una prodromica, una progressiva e una residua (Pancheri, 2007). La fase premorbosa comprende tutto il periodo di vita prima dei sintomi specifici della malattia; con un'indagine anamnestica dei pazienti si riescono ad

individuare dei segni disfunzionali a livello cognitivo, delle relazioni sociali, affettivo e motorio come difficoltà di relazione con i coetanei e deficit di coordinazione motoria (Pancheri, 2007). Questi segni premorbosi non sono però da considerarsi delle manifestazioni della malattia, bensì un'indicazione di vulnerabilità cerebrale (Pancheri, 2007). Inseguito vi è la fase prodromica, che sopraggiunge solitamente durante l'adolescenza o durante la giovinezza, con la presenza di sintomi di tipo cognitivo (difficoltà di concentrazione, distraibilità), sintomi affettivi (irritabilità, disforia, ansia), sintomi psicotici attenuati (pensiero magico, illusioni, idee di riferimento, superstizione), ritiro sociale e comportamenti ossessivi (Pancheri, 2007).
Dopo la fase prodromica segue la fase progressiva, o fase di stato, che si manifesta dopo 2-5 anni la comparsa dei prodromi della malattia e definisce l'esordio conclamato della schizofrenia con i relativi sintomi specifici tra cui quelli positivi, negativi e la disorganizzazione (Pancheri, 2007). È in questa fase che generalmente i pazienti cominciano i trattamenti farmacologici (Pancheri, 2007). Sempre in questa fase si instaurano dei danni non reversibili a livello neuronale, ed è per questo che è improbabile il ritorno allo stato funzionale precedente (Fassino et al., 2007). Infine, vi è la fase residua che è caratterizzata dalla cronicizzazione della malattia e da un'attenuazione dei sintomi della fase acuta, ma d'altra parte caratterizzata da deficit che riguardano la capacità di adattamento, delle relazioni sociali e del funzionamento cerebrale in particolare con deficit cognitivi (Pancheri, 2007). La transizione a quest'ultima fase può richiedere da pochi anni a decenni (Pancheri, 2007). La fase residua coincide con gli esiti della malattia, cioè, in generale, un funzionamento mentale deficitario (Pancheri, 2007). La cronicizzazione della malattia porta sovente al rafforzamento dei sintomi negativi come abbassamento dell'affettività, isolamento, apatia, riduzione delle interazioni sociali e un'attenuazione dei sintomi positivi (Pancheri, 2007). Invece, per quanto riguarda la disorganizzazione, questa risulta aumentata, soprattutto al livello del pensiero e del vissuto affettivo (Pancheri, 2007).
Il decorso della schizofrenia può variare in modo significativo, ci sono pazienti che non sperimentano i prodromi della malattia ed esordiscono direttamente con un episodio acuto e spesso florido, altri riferiscono i sintomi solo per brevi periodi ed altri ancora vivono i sintomi per molto più tempo (Carrà et al., 2004). Vi sono pazienti che hanno solo episodi sporadici della malattia con una ripresa totale o quasi completa tra un episodio e l'altro, mentre altri pazienti vivono molti episodi acuti con un recupero ridotto tra di essi (Carrà et al., 2004). Infine, altri pazienti, vanno verso una cronicizzazione della malattia e sperimentano i sintomi continuamente con lievi variazioni della loro severità durante gli anni (Carrà et al., 2004).
La classificazione del decorso della malattia secondo il DSM-5 descrive le seguenti evoluzioni: episodio con sintomi residui intercritici, episodio con nessun altro sintomo residuo intercitico, continuo, episodio singolo in remissione parziale, episodio singolo con remissione completa e modalità diversa o non specifica (American Psychiatric Association, 2014).
In generale le persone affette dalla schizofrenia tendono ad avere delle recidive, infatti il 50% avrà una ricaduta nei primi due anni (Carrà et al., 2004). Circa un terzo dei pazienti raggiungerà una remissione completa e solamente il 10% andrà verso un deterioramento psichico, mentre è importante ricordare che vi sono anche individui che riusciranno, con i giusti supporti, ad avere una discreta qualità di vita (Carrà et al., 2004). Non sono ancora conosciuti appieno i fattori che influenzano i vari gradi di recupero della malattia, secondo le ricerche si pensa che giochi un ruolo importante l'accesso al trattamento del primo esordio; più il paziente rimane non trattato e più lento e incompleto sarà il recupero (Carrà et al., 2004).

2.7 Terapia

La terapia della schizofrenia si basa sul modello bio-psico-sociale, infatti, il trattamento farmacologico, la psicoterapia e le cure riabilitative dovrebbero essere tutte attuate insieme (Fassino et al., 2007). Il lavoro di rete, riveste dunque un ruolo importante nel trattamento della schizofrenia (Fassino et al., 2007).

2.8 Trattamento farmacologico

I farmaci antipsicotici si dividono in due classi, quelli di prima generazione o antipsicotici tipici e quelli di seconda generazione o antipsicotici atipici (Stroup & Marder, 2015).
Questi medicamenti sono considerati il trattamento di base della malattia schizofrenica e hanno soprattutto efficacia, nel 70% dei pazienti, nel ridurre i sintomi positivi come allucinazioni, deliri e sospettosità (Stroup et al., 2015)., senza però particolari effetti sui sintomi negativi (Fassino et al., 2007).
Gli antipsicotici hanno un'azione antagonista sulla dopamina nei recettori D2 (Carrà et al., 2004) e D4 a livello del sistema limbico e della corteccia (Fassino et al., 2007). Il blocco dei recettori a livello nigro-striale comportano però degli effetti collaterali extrapiramidali (EPS) come parkinsonismo, discinesia tardiva, distonia acuta ed acatisia (Fassino et al., 2007); questi farmaci hanno anche una grande affinità con altri recettori come quelli serotoninergici, istaminergici, alfa-adrenergici e colinergici che potenzialmente possono portare ad altri effetti collaterali come aumento ponderale, ipotensione posturale, sedazione, difficoltà ad emettere urina, aumento dell'appetito e assenza di eiaculazione(Carrà et al., 2004). I neurolettici con azione antidopaminergica a livello tubero-infundibolare portano a iperprolattinemia, che determina manifestazioni quali amenorrea, glattorrea, ginecomastia, aumento ponderale e disfunzioni sessuali (Fassino et al., 2007). In ogni caso, i farmaci antipsicotici hanno differenti affinità con i recettori e di conseguenza hanno il loro specifico spettro di effetti collaterali (Carrà et al., 2004). I medicamenti antipsicotici di prima generazione sono quelli che solitamente comportano maggiori effetti collaterali quali gli EPS acuti ed a lungo termine possono portare ad EPS tardivi e potenzialmente persistenti come la discinesia tardiva (Carrà et al., 2004). Quest'ultima si riferisce a movimenti coreici o distonici a carico della bocca, della lingua e delle dita delle mani, che insorgono dopo un uso prolungato dei farmaci neurolettici, e spesso quando si comincia a ridurre le dosi (Fassino et al., 2007). Purtroppo, non vi è a disposizione un trattamento per curare e nemmeno per migliorare la discinesia tardiva, si cerca invece si prevenirla somministrando antipsicotici (Fassino et al., 2007). La distonia acuta è caratterizzata da distonie a livello del collo, della laringe, degli arti e blefarospasmo, mentre il parkinsonismo è contraddistinto da tremori, bradicinesia e rigidità (Fassino et al., 2007). Per questi ultimi due effetti collaterali si può intervenire con farmaci anticolinergici (Fassino et al., 2007). Mentre, per l'acatisia, che si manifesta con il marciare sul posto e l'irrequietezza, si può intervenire riducendo il dosaggio del medicamento, oppure somministrando dei betabloccanti o delle benzodiazepine (Fassino et al., 2007).
I neurolettici di prima generazione hanno differenti potenze nel bloccare i recettori D2, esistono farmaci ad alta potenza che necessitano dosi basse per espletare la loro azione e altri, a bassa potenza, che hanno bisogno di dosi più elevate per avere il loro effetto clinico (Carcione, Nicolò, & Procacci, 2012). I neurolettici ad alta potenza hanno un'azione selettiva sui recettori D2 e meno affinità con altri recettori, provocando dunque meno sedazione (Carcione et al., 2012). In questa categoria troviamo l'aloperidolo, la flufenazina, la trifluoperazina, il bromperidolo e la pimozide (Carcione et al., 2012). Invece, per quanto

riguarda i neurolettici a bassa potenza, si possono citare la clorpromazina, la clotiapina e la levomepromazina (Carcione et al., 2012).
Gli antipsicotici di seconda generazione sono la clozapina, risperidone, olanzapina, quetiapina, zotepina e amisulpride; questi medicamenti provocano meno effetti collaterali extrapiramidali ed in generale, rispetto a quelli tipici, hanno effetti collaterali differenti (Carrà et al., 2004). Rispetto alla clozapina, gli altri atipici hanno meno efficacia, ma d'altra parte hanno anche effetti collaterali meno gravi e non portano ad agranulocitosi che è un suo potenziale grave effetto collaterale (Carcione et al., 2012). Gli antipsicotici atipici hanno effetti non solo a livello dopaminergico ma anche serotoninergico, e uno scarso effetto antistaminergico e anticolinergico (Fassino et al., 2007). La categoria dei farmaci di nuova generazione hanno degli effetti stabilizzanti anche sui sintomi negativi (Fassino et al., 2007) Solitamente i farmaci antipsicotici atipici sono considerati di prima scelta per il trattamento della schizofrenia ed i neurolettici tipici vanno utilizzati solo in casi particolari (Carcione et al., 2012).
Per quanto riguarda i neurotrasmettitori, i farmaci antipsicotici bloccano i recettori dopaminergici D2 ed anche D4, in quanto vi è un eccesso di dopamina nel tratto mesolimbico che causa i sintomi positivi (Fischer & Buchanan, 2016a). La dopamina, però, non è il solo neurotrasmettitore implicato perché, se fosse così, i farmaci mitigherebbero completamente questi sintomi (Fischer & Buchanan, 2016a). Altri neurotrasmettitori che si pensa siano coinvolti sono il glutammato, il GABA e l'acetilcolina (Fischer & Buchanan, 2016a).
Vi sono però pazienti che non rispondono ai trattamenti farmacologici. Per schizofrenia resistente al trattamento si intende che nonostante i trattamenti farmacologici con antipsicotici i pazienti mantengono uno scarso funzionamento psicosociale con persistenza dei sintomi positivi, negativi, affettivi, comportamenti disturbati, deficit cognitivi ed effetti collaterali dei farmaci (Carrà et al., 2004).
Un numero rilevante, tra un quinto e un terzo, di individui trattati con antipsicotici risulta non avere benefici dalla terapia farmacologica (Carrà et al., 2004). Le possibili soluzioni sono dosi maggiori di antipsicotici o la loro riduzione nel caso in cui non vi sia l'adesione al trattamento a causa degli effetti collaterali, la prescrizione di un altro antipsicotico o l'associazione di antipsicotici tra loro per potenziarne l'azione (Carrà et al., 2004). Secondo molti studi la clozapina risulta la più efficace nei pazienti resistenti al trattamento con altri antipsicotici (Carrà et al., 2004).

2.9 Trattamenti non farmacologici

La psicoterapia è indicata del trattamento della schizofrenia e va abbinata ad un trattamento farmacologico (Fassino et al., 2007). Le terapie ritenute valide sono la psicoterapia psicodinamica, la cognitive remediation therapy, gli interventi sulle abilità sociali, il counselling a livello famigliare, la psicoeducazione e la terapia cognitivo comportamentale (Pfammatter et al., 2006 pag 239 in (Fassino et al., 2007)).
Rispetto al mio lavoro di Bachelor mi concentrerò sulla terapia cognitivo comportamentale, che è considerata una tecnica basata sulle evidenze scientifiche (Lebow, 2015). Le terapie cognitive e comportamentali sono nate negli anni 50' e si sono sviluppate con l'intento di sviluppare un approccio scientifico del comportamento umano (De Mey-Guillard, 2008). Invece, la terapia cognitivo comportamentale (cognitive behavioural therapy – CBT) fonda le sue origini negli anni 70', ed è stata inizialmente impiegata per il trattamento della depressione, per poi venir declinata nell'ambito di altre malattie psichiatriche (Carrà et al., 2004). Per quanto riguarda la schizofrenia, la CBT, nelle sue diverse applicazioni, ha cercato di correggere le esperienze e la sintomatologia psicotica o le loro conseguenze sui pensieri, i sentimenti e il comportamento dei pazienti (Carrà et al., 2004). È altresì importante

ricordare che la CBT si fonda sulla creazione di un'alleanza terapeutica (Carrà et al., 2004). La terapia cognitivo comportamentale per la schizofrenia combina insieme interventi sul comportamento e un approccio sulle social skills (Bustillo & Weil, 2016).
La definizione della CBT elaborata dalla Guideline Development Group (GDG) è stata tratta da una revisione sistematica di Pilling et al (2002a) in cui questa terapia stimola i pazienti a fare collegamenti tra sintomi presenti o passati e sentimenti o azioni e pensieri (Carrà et al., 2004). La CBT permette ai pazienti di effettuare una rivalutazione delle loro percezioni, ragionamenti o credenze sui sintomi bersaglio ed infine necessita di almeno uno dei seguenti aspetti: "a) monitoraggio dei pensieri, sentimenti o comportamenti, di coloro che ricevono l'intervento, rispetto ai sintomi; b) promozione di modalità alternative per gestire i sintomi bersaglio; c) riduzione dello stress." (Carrà et al., 2004).
L'obiettivo della psicoterapia cognitivo comportamentale per i pazienti schizofrenici è quello di aiutarli nella comprensione del significato dei sintomi e di superarli, in modo da migliorare la loro qualità di vita (Carcione et al., 2012). La terapia cognitivo comportamentale è utilizzata per il trattamento dei sintomi positivi (e non solo), come allucinazioni e deliri; fa si che vi sia un loro riconoscimento, portando al controllo di questi sintomi ed infine al distanziamento del paziente dai significati discordanti da essi prodotti (Carcione et al., 2012).
La CBT è usata per trattare anche i pazienti schizofrenici resistenti alla terapia, con l'obiettivo di ridurre l'intensità dei deliri e delle allucinazioni, e inoltre per promuovere una partecipazione attiva dell'individuo e ridurre il rischio di ricadute e di disabilità sociali (Bustillo & Weil, 2016). Un'indicazione per la CBT sono dunque i pazienti con vari livelli di sintomi persistenti nonostante un'adeguata terapia farmacologica (Bustillo & Weil, 2016). La CBT si fonda sulla teoria che i pazienti possono, supportati da un terapista, effettuare una valutazione logica dei sintomi disfunzionali che la malattia causa (Bustillo & Weil, 2016).
Il concetto centrale dell'intervento cognitivo comportamentale è che il senso che i pazienti danno all'ambiente influenzi di conseguenza le loro emozioni e i loro comportamenti (Carcione et al., 2012). I sintomi psicotici vengono considerati una errata interpretazione della realtà (Carcione et al., 2012).
Questa terapia indirizza i pazienti verso un'interpretazione più razionale dei sintomi psicotici con lo scopo di ridurli e impedire le ricadute (Carcione et al., 2012). Ulteriori punti chiave della psicoterapia cognitivo comportamentale sono discutere con i pazienti dei loro sintomi e in generale della loro vita ed effettuare un ascolto empatico in modo da comprendere al meglio quello che provano (Carcione et al., 2012).
La terapia cognitivo comportamentale include spesso degli aspetti educativi, esercizi di rilassamento, insegnamento di strategie di coping e di gestione dello stress (Lebow, 2015). Il terapista guida dunque il paziente, permettendogli di identificare e correggere i pensieri disadattivi, e attraverso le tecniche sopracitate in modo da ridurre ed attenuare i sintomi della schizofrenia (Lebow, 2015).

3. Foreground

3.1 Scelta della metodologia

Lo scopo di questo capitolo è quello di presentare al lettore la metodologia scelta per la redazione della mia tesi di Bachelor e le motivazioni che mi hanno portato a fare determinate scelte. La metodologia da me selezionata è quella della revisione della letteratura.
Con le parole revisione o rassegna si intende: "una sintesi critica dei lavori pubblicati su uno specifico argomento" (Saiani & Brugnolli, 2010). Questa occupa un ruolo molto importante nell'ambito sanitario perché permette di aggiornarsi su tutta una serie di temi diversi (Saiani & Brugnolli, 2010).

Le ricerche, in ambito sanitario, hanno portato ai professionisti della salute, compresi gli infermieri, molte conoscenze con una maggiore comprensione e prevenzione delle malattie e un miglioramento delle prese a carico dei pazienti (Aromataris & Pearson, 2014). I curanti possono intraprendere una revisione della letteratura per i seguenti motivi: comprendere in modo generale un tema, mostrare la storia e lo sviluppo delle conoscenze di un tema, identificare in che ambito le evidenze sono carenti, contraddittorie o inconclusive, stabilire su quali temi ci sono consensi e su quali ci sono ancora dibattiti e giustificare perché una problematica vale un ulteriore approfondimento (Aromataris & Pearson, 2014). Grazie alle ricerche, le conoscenze su cui si basano le cure infermieristiche sono cambiate in modo molto rapido (Aromataris & Pearson, 2014). Il progresso inesorabile porta gli infermieri ad accedere a dei database che contengono milioni di citazioni e le pubblicazioni aggiunte ogni anno sono decine di migliaia (Aromataris & Pearson, 2014). Questa evoluzione ha consentito agli infermieri di accedere a banche dati con un volume di letteratura vastissimo di cui però non tutti gli articoli sono di alta qualità e attendibili (Aromataris & Pearson, 2014).
La revisione della letteratura coincide con il termine di pubblicazione secondaria, significa che quest'ultima si ricava dai dati di studi svolti in precedenza, in seguito vengono riassunti i risultati e infine vengono esposte le conclusioni (Saiani & Brugnolli, 2010).
Una revisione della letteratura può influenzare le decisioni in ambito sanitario e di conseguenza dovrebbe essere condotta con lo stesso rigore che si pretende per tutte le ricerche scientifiche (Aromataris & Pearson, 2014).
Per quanto riguarda la mia tesi mi sono basata su studi primari, si tratta di singole ricerche che presentano come oggetto gli individui studiati, queste si differenziano dagli studi secondari che si articolano riassumendo e traendo conclusioni da studi primari.

3.2 Domanda di ricerca e PICO

La terapia cognitivo comportamentale è efficace nel ridurre i sintomi positivi nei pazienti schizofrenici resistenti (cronici) alla terapia farmacologica?

P: pazienti con diagnosi di schizofrenia con resistenza al trattamento che presentano una sintomatologia residua di tipo positivo e negativo
I: terapia cognitivo comportamentale (con mantenimento del trattamento farmacologico)
C:
O: miglioramento della sintomatologia produttiva, migliore funzionamento sociale, riduzione del numero di ospedalizzazioni e dei giorni passati in ospedale

3.3 Obiettivi della ricerca

Gli obiettivi del mio lavoro di Bachelor sono i seguenti:

- Aumentare le mie conoscenze rispetto la schizofrenia e la sua sintomatologia
- Approfondire una pratica non farmacologica come la terapia cognitivo comportamentale
- Indagare, se a livello scientifico, ci siano o meno delle evidenze rispetto alla validità ed efficacia di una gestione dei sintomi positivi nei pazienti schizofrenici resistenti alle terapie farmacologiche con la terapia cognitivo comportamentale
- Arrivare e trarre delle conclusioni che potranno essere utili per avere un quadro completo su questo tema da me scelto e che magari mi permettano in futuro di poter indirizzare dei pazienti a svolgere questo tipo di terapia
- Implementare le mie conoscenze come infermiera nell'ambito della medicina complementare, in modo da poter, un giorno, offrire ai pazienti delle informazioni non

solo a livello farmacologico, ma anche non farmacologico, sulle possibilità di gestione dei sintomi positivi della loro malattia

3.4 Tappe della ricerca

Una volta terminato il mio stage in psichiatria siamo tornati a scuola ed è cominciato il modulo di "Metodologia della ricerca 1" in cui veniva chiesto a noi allievi quale tema volevamo affrontare per nostra tesi. Visto che l'esperienza di stage in ambito psichiatrico mi aveva molto colpita ed affascinata la mia scelta è caduta di conseguenza sulla psichiatria. Ho cominciato dunque a riflettere sulla tipologia di utenti schizofrenici e ho scelto un approccio cognitivo comportamentale in relazione ad essi. Inizialmente volevo basarmi sui pazienti schizofrenici che presentano sintomi ansiosi e andare ad indagare se la pratica Mindfulness fosse efficace per placare questi sintomi, ma non avendo trovato sufficienti fonti scientifiche ho cambiato in parte tema. Ho mantenuto la stessa casistica ma con sintomi residui e mi sono concentrata sulla terapia cognitivo comportamentale per la loro gestione.
Dopo aver scelto il tema, ho elaborato la domanda di ricerca ed il PICO, fondamentali per chiarire l'ambito di ricerca.
Ho deciso di svolgere una revisione della letteratura in quanto trovo che sia la più adeguata, in base alla mia domanda di ricerca, e mi permette di riassumere diversi studi per estrapolare dei risultati rispetto al mio tema. Infatti la revisione della letteratura permette di riassumere conoscenze già esistenti e non di crearne di nuove (Aromataris & Pearson, 2014).
Le tappe di questo percorso sono la formulazione di una domanda di ricerca, la definizione di criteri di inclusione ed esclusione, la ricerca degli studi, l'estrazione di dati e sintesi finale del lavoro (Aromataris & Pearson, 2014).
Per la revisione mi sono avvalsa di fonti scientifiche attendibili ed anche di libri di testo in particolar modo per la stesura del background.
Per quanto riguarda gli operatori Boleani ho utilizzato AND con le seguenti parole chiave: cognitive – behavioral therapy, schizophrenia, chronic schizophrenia, positive symptoms, refractory psychotic symptoms.
Rispetto le banche dati ho scelto le seguenti: UpToDate, SAGE Health Sciences, PubMed, Medline e CINHAL (EBSCO).
In seguito, per i criteri di inclusione, mi sono concentrata su: studi primari e secondari (solo per il backgruond) che hanno come campione di ricerca i pazienti con diagnosi di schizofrenia e come intervento la terapia cognitivo – comportamentale in modo generale senza indicare un approccio nello specifico e gli studi non dovevano essere pubblicati prima dell'anno 2000.

4. Tabelle riassuntive degli studi selezionati

AUTORI, LUOGO E ANNO	TITOLO	DESIGN DELLO STUDIO	POPOLAZIONE	INTERVENTI E STRUMENTI	OUTCOME	LIMITI
De Paiva Barretto, E.M., Kayo, M., Avrichir, B.S., Sa, A.R., Das Gracas Miquelutti Camargo, M., Napolitano, I.C., Nery, F.G.,… Elkis, H. San Paolo, Brasile, 2009	A Preliminary Controlled Trial of Cognitive Behavioural Therapy in Clozapine-Resistant Schizophrenia	Studio caso-controllo	Sono stati presi in esame 22 pazienti con diagnosi di schizofrenia che assumono clozapina da almeno 6 mesi senza un miglioramento sella sintomatologia positiva. I pazienti vengono divisi in due gruppi. Uno composto da 12 paziente trattati con CBT e l'altro gruppo di 10 pazienti trattati con un approccio psicosociale non specifico, tra questi ultimi 9 hanno completato il trattamento. Entrambi i gruppi	Lo scopo dello studio è quello di confrontare l'efficacia della CBT rispetto al gruppo con trattamento psicosociale non specifico anche chiamato befriending (BF) in pazienti con diagnosi di schizofrenia refrattaria al trattamento con clozapina. Lo studio presenta un follow-up di 6 mesi. Le scale utilizzate sono la *Brief Psychiatric Rating Scale-Anchored version (BPRS-A), the Positive and Negative*	I risultati dello studio hanno mostrato che ci sono delle evidenze che la CBT sia superiore rispetto la BF nel ridurre i sintomi psicotici. La CBT ha evidenziato un significativo miglioramento nella BPRS e nella PANSS total e nella general psychopathology subscale. I miglioramenti sono stati mantenuti anche dopo 6 mesi. Lo studio in questione non mette però in evidenza una superiorità della CBT rispetto alla BF per i sintomi positivi.	La limitazione maggiore dello studio è lo scarso numero di soggetti inclusi. Inoltre la ricerca non era randomizzata.

			hanno proseguito con il trattamento farmacologico a base di clozapina.	*Syndrome Scale (PANSS), the Clinical Global Impression (CGI) e the Quality of Life Scale (QoL).*		
Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T.R.E., Nur, U., Siddle, R., Hammond, K., Samarasekara, N., Kingdon, D. Regno Unito, 2007	A randomized controlled trial of cognitive – behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up	Studio controllato randomizzato	Lo studio ha preso in esame 90 persone con diagnosi di schizofrenia e che presentano dei sintomi allucinatori e/o deliranti persistenti, nonostante un'adeguata terapia farmacologico a base di antipsicotici per un minimo di 6 mesi. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi, il primo di 46 sottoposti a CBT e il secondo si 44 sottoposti a biefriending (BF). I follow-up sono stati effettuati a	Lo scopo dell'articolo è quello di evidenziare se la CBT sia una terapia valida a medio termine. Le scale utilizzate sono la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS), Schizophrenia Change Scale (SCS)* e la *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).*	La CBT ha mostrato dei benefici più duraturi nella scala CPRS rispetto alla BF al follow-up di 5 anni. Non ci sono stati, invece, differenze significative tra i due gruppi rispetto al numero di riospedalizzazioni, mentre, rispetto i giorni totali passati in ospedale, il gruppo CBT ne conta di meno al follow-up di 5 anni. La CBT ha mostrato una validità e dei benefici per i sintomi della schizofrenia (SCS) a corto termine, sebbene a medio termine i risultati non siano migliori di quelli del	Il limite metodologico più importante è che lo studio non ha un gruppo di controllo TAU e inoltre non ha dei follow-up intermedi a 2, 3 e 4 anni. Vi sono stati anche un numero consistente di pazienti che hanno abbandonato lo studio e non hanno partecipato al follow-up.

			18 mesi e a 5 anni. Al follow-up di 5 anni, 31 dei 90 pazienti non erano più inclusi nello studio, 31 dei 46 pazienti del gruppo CBT e 28 dei 44 del gruppo BF hanno partecipato al follow-up.		gruppo BF.	
Durham, R.C., Guthrie, M., Morton, R.V., Reid, D.A., Treliving, L.R., Fowler, D., Macdonald, R.R. Tayside e Fife (Scotalnd), 2003	Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms	Studio controllato randomizzato	Lo studio ha preso in esame un totale di 66 pazienti. 22 sono stanti inseriti nel gruppo con la terapia CBT e TAU. 23 utenti sono stati inseriti nel gruppo SPT (supportive psychotherapy) e TAU e 21 persone nel gruppo TAU. I pazienti presi in esame hanno una diagnosi di schizofrenia o disturbo	Lo scopo dello studio è quello di testare l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale rispetto i sintomi presentati dai pazienti. La terapia è stata erogata da infermieri specializzati. Le scale utilizzate sono: *the Positive and Negative Scale (PANSS), The Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS),*	Lo studio ha posto in evidenza che la CBT ha portato a dei benefici a livello di tutti sintomi, questi infatti si sono ridotti. Un terzo dei pazienti ha mostrato una riduzione dal 25% al 50% dei sintomi psicotici nelle scale PANSS e PSYRATS nel post-terapia e nel follow-up un terzo dei pazienti nel gruppo CBT hanno raggiunto il 25% di riduzione dei sintomi. Sia la CBT e la SPT hanno	Lo studio presenta i seguenti limiti metodologici: piccolo numero di pazienti inclusi nello studio, alto tasso di rifiuto dei pazienti ad aderire al progetto, variazioni nelle terapie farmacologiche dei pazienti e differenti esperienze dei terapisti nell'erogare i trattamenti

			schizoaffettivo, o un disturbo delirante. Tutti i pazienti selezionati presentano dei sintomi positivi persistenti nonostante un trattamento farmacologico di almeno 6 mesi.	*the Global Assessment Scale (GAS) e la Clinical Global Improvement.* La terapia è durata 9 mesi e inseguito vi è stato un follow-up dopo 3 mesi in cui nel primo gruppo è stato possibile riesaminare 21 persone, nel secondo gruppo 19 e nel terzo 17.	portato ad una riduzione significativa delle allucinazioni e dei deliri rispetto alla TAU. A livello della sub-scale delusions della PSYRATS i cambiamenti sono stati simili sia per il gruppo CBT che per il gruppo SPT con modificazioni non significativi nel post-trattamento e cambiamenti significativi nel follow-up. Per quanto riguardo il i risultati nel post-trattamento, il 10-20% dei pazienti ha mostrato un 25% di riduzione dei sintomi. Però la metà dei pazienti nel gruppo CBT ha raggiunto il 25% di miglioramento dei sintomi psicotici. Solo quattro pazienti hanno raggiunto il 50% di riduzione nella scala	psicoterapeutici.

					PSYRATS, di cui tre che fanno parte del gruppo CBT. Una buona parte dei pazienti (63%) nella CBT ha mostrato dei miglioramenti rispetto al 36% nella SPT e al 50% nella TAU.	
Velligan, D.I., Tai, S., Roberts, D.L., Maples-Aguilar, N., Brown, M., Mintz, M., Turkington, D. Texas (USA), 2014	A Randomized Controlled Trail Comparing Cognitive Behavior Therapy, Cognitive Adaptation Training, Their Combination and Treatement as Usual in Chronic Schizophrenia	Studio controllato randomizzato	Lo studio ha preso in esame 166 persone con diagnosi di schizofrenia. 41 pazienti sono stati assegnati al gruppo CAT (cognitive adaptation training), 43 al gruppo CBTp, 40 nel gruppo MCog (CBTp e CAT) e 42 nel gruppo TAU. Tutti i partecipanti presentano dei sintomi positivi persistenti nonostante una terapia con antipsicotici.	L'obiettivo dello studio è quello di mettere a confronto diverse terapie (CBTp, CAT, CBTp+CAT e TAU) rispetto ai sintomi positivi persistenti della malattia schizofrenica e rispetto al funzionamento dei pazienti. I trattamenti sono durati per 9 mesi e le sedute svolte una volta a settimana per un'ora. Vi sono stati due follow-up a 12 mesi e a 15 mesi di cui hanno	Per quanto riguarda i sintomi psicotici, secondo la scala BPRS non ci sono stati cambiamenti significativi sia per il gruppo CAT che per il gruppo CBTp, mentre nella scala AHRS vi sono stati dei miglioramenti nel gruppo CAT e non nel gruppo CBTp. La terapia CAT ha mostrato dei miglioramenti in termini di severità e distress delle allucinazioni uditive dei pazienti. Rispetto al funzionamento sociale, secondo la	I limiti dello studio sono stati i seguenti: poca famigliarità con la terapia cognitivo comportamentale, nessuna garanzia che i pazienti prendessero con regolarità la terapia farmacologica e obiettivi terapeutici dei pazienti non omogenei tra loro nella CBT (migliorare il sonno, diminuire l'ansia, sentirsi meno paranoico quando si prende il bus) e di difficile

				partecipato rispettivamente 102 e 97 pazienti. Le scale utilizzate sono le seguenti: *Auditory Hallucination Rating Scale (AHRS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Delusion Rating Scale (DRS) e Multnomah Community Ability Scale (MCAS).*	scala MCAS, il gruppo CAT ha evidenziato dei miglioramenti, fatto che non si è verificato negli altri gruppi. I pazienti nel gruppo CAT hanno dunque mostrato una riduzione delle allucinazioni uditive e il distress a loro associato rispetto agli altri 3 gruppi. I risultati dello studio non provano che vi siano evidenze di benefici maggiori se si associa la CBTp al CAT. Non vi sono evidenze che la CBTp abbia diminuito la sintomatologia positiva e nemmeno il distress associato.	misurazione nella scala BPRS.
Krakvik, B., Grawe, R.W., Hagen, R., Stiles, T.C. Norvegia, 2013	Cognitive Behaviour Therapy for Psychotic Symptoms : A Randomized Controlled	Studio controllato randomizzato	Sono stati inclusi nello studio 45 pazienti con diagnosi di schizofrenia, disurbo schizoaffettivo o	L'obiettivo dello studio è quello di valutare se ci sono dei risultati positivi della CBT anche in un setting clinico con un eterogeneo	I pazienti trattati con la CBT hanno mostrato una diminuzione dei deliri a livello della scala PSYRATS nel post-trattamento	I limiti ripostati sono i seguenti: un alto tasso di abbandono della terapia che potrebbe aver influenzato i

	Effectiveness Trial		disturbo delirante, con sintomi residui di tipo allucinatorio e delirante persistenti da sei mesi nonostante una terapia con neurolettici. 23 pazienti sono stati inseriti nel gruppo CBT e TAU e 22 nel gruppo TAU in lista d'attesa, dopo 6 mesi hanno ricevuto anch'essi la terapia cognitivo comportamentale. Al follow-up a 12 mesi sono stati esaminati 28 pazienti.	campione di pazienti con disturbi psicotici. Le scale utilizzate sono le seguenti: *Breif Psychiatric Rating Scale (BPRS), the Scale of Assessment of Negative Symptoms (SANS), the Psychotic Symptoms Ratinf Scale (PSYRATS) e The Global Assessment of Functioning Scale (GAF).*	rispetto ai pazienti in lista d'attesa trattati con TAU. Inoltre i pazienti nel gruppo CBT hanno esibito una diminuzione dei sintomi psicotici a fine trattamento secondo la scala BPRS ed un incremento significativo sulla scala GAF rispetto ai pazienti nel gruppo TAU. Al follow-up a 12 mesi solo i risultati della scala GAF erano significativi. I risultati dello studio mostrano che la CBT associata alla TAU portano a miglioramenti sintomatologici a corto termine. Lo studio non ha potuto riportare outcomes favorevoli a livello delle allucinazioni uditive e dei sintomi negativi. Lo studio mostra comunque un trend favorevole	risultati, la collocazione nei due gruppi non completamente "cieca" e problematiche a livello statistico.

					nel trattamento dei sintomi psichiatrici e dei deliri con la CBT.	
Bradshaw, W. & Roseborough D. Minnesota (USA), 2004	Evaluating the Effectiveness of Cognitive-Bahavioral Treatment of Residual Symptoms and Impairement in Schizophrenia	Single-system AB multiple baseline design	Sono stati inclusi dello studio 22 partecipanti con diagnosi di schizofrenia, che aderiscono ad una terapia con antipsicotici da almeno 6 mesi e che presentano sintomi psicotici persistenti che causano distress ed una diminuzione a livello di funzionamento. Durante i primi 6 mesi tutti gli individui sono stati sottoposti alla TAU, in seguito sono stati assegnati gradualmente pazienti alla CBT, fino ad arrivare al 12esimo mese in cui vi erano 15 pazienti su 22	Lo studio ha l'obiettivo di valutare l'efficacia della CBT rispetto sintomi residui nei pazienti schizofrenici. Le scale utilizzate sono le seguenti: *The Global Pathology index (GPI) of the Hopkins Psychiatric Rating Scale, The Role Functioning Scale (RFS), The Global Attainment Scale (GAS) e The Modified Engulfment Scale (MES)*.	Funzionamento psicosociale (RFS): la scala RFS al 6° mese ha mostrato un'importante miglioramento del funzionamento, ma ai 9 mesi e ai 12 mesi ha mostrato un leggera diminuzione. L'86% dei pazienti (19) hanno avuto un miglioramento significativo durante il trattamento, mentre il 14% (3 pazienti) ha mostrato lievi miglioramenti nel funzionamento psicosociale. In generale un paziente ha migliorato il suo punteggio nella RFS del 48%. Severità dei sintomi psichiatrici (GPI): l'82% dei pazienti (18) hanno	I limiti riscontrati sono i problemi innati che comporta uno studio single-case in cui una generalizzazione risulta limitata ed anche una replicazione diviene critica da effettuare.

			sottoposti alla CBT.		evidenziato dei miglioramenti significativi durante il trattamento con CBT, il 18% (4 pazienti) hanno mostrato modesti miglioramenti, e i risultati di nessun paziente sono rimasti uguali oppure peggiorati al termine della terapia. In generale i pazienti hanno riscontrato una riduzione del 48% dei sintomi psichiatrici nella scala GPI. Ottenimento degli obiettivi (GAS): la comparazione dei risultati pre trattamento e post trattamento ha mostrato un miglioramento in 19 pazienti (86%) nella scala GAS, mentre 3 pazienti (14%) ha mostrato modesti miglioramenti. Tra i	

					19 pazienti in miglioramenti sono stati nei seguenti termini: avere una vita indipendente, ottenere lavori a tempo part-time o a tempo pieno, un aumento del supporto sociale ed un miglioramento delle relazioni con famigliari.	
Cather, C., Penn, D., Otto, M.W., Yovel, I., Mueser, K.T., Goff, D.C. Boston e Chapel Hill (USA), 2005	A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fCBT) for schizophrenia	Studio controllato randomizzato	Sono stati inclusi nello studio 30 persone con diagnosi di schizofrenia (61% dei partecipanti) o disturbo schizoaffettivo, in trattamento da almeno 6 mesi con olanzapina con però la presenza di sintomi residui. Sono stati divisi in due gruppi, uno a cui si sono sottoposti alla functional cognitive	L'obiettivo dello studio è quello di misurare l'efficacia della CBT comparandola ad un programma di psicoeducazione. Le scale utilizzate sono le seguenti: *PANSS, the Psychotic Rating Scales (PSYRATS), the Social Functioning Scale (SFS)*	I risultati mostrano una riduzione significativa dei punteggi a livello della scala PSYRATS total score e della PSYRATS voices per il gruppo fCBT. Entrambi i gruppi hanno mostrato dei miglioramenti a livello della scala PANSS positive factor con solo un leggero vantaggio nel gruppo fCBT rispetto al gruppo PE. Ma solo nel gruppo fCBT vi sono	I limiti esplicitati nello studio sono i seguenti: piccolo gruppo di pazienti inclusi nello studio e la mancanza di follow-up a lungo termine.

			behavioral therapy (fCBT), ed il secondo alla psicoeducazione (PE). I trattamenti sono durati per 16 settimane.		stata dei risultati importanti di miglioramento nella scala PANSS positive. Per quanto riguarda la riduzione delle allucinazioni uditive misurate secondo la scala PSYRATS, queste sono state associate ad un miglioramento del funzionamento sociale (miglioramento nel svolgere le ADL e attività ricreative). In generale il 60% dei soggetti nel gruppo fCBT hanno riscontrato un importante riduzione dei sintomi positivi (in particolare allucinazioni uditive) rispetto al 31% dei pazienti nel gruppo PE.	
Li, Z.J., Guo, Z.-H., Xu, Z.-Y., Qu, Y., Wang, X.-Q., Sun, J., Yan,	Cognitive-behavioral therapy for patients with schizophrenia:	Studio controllato randomizzato	Sono stati inclusi nello studio 192 pazienti con diagnosi di schizofrenia	Lo studio ha lo scopo di comparare l'efficacia della CBT rispetto la ST	I pazienti sottoposti a CBT hanno mostrato maggiori miglioramenti rispetto i pazienti	I limiti dello studio sono i seguenti: non sono state controllate con scale oggettive le

L.-Q., Ng, R.M.K., Turkington, D., Kingdon, D. Pechino (Cina), 2014	a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China		sottoposti ad una terapia farmacologica con antipsicotici da almeno 4 settimane. 96 soggetti sono stati inseriti nel gruppo CBT e gli altri 96 nel gruppo ST. Lo studio è durato per 84 settimane ed è stato terminato da 85 individui (88,5%) nel gruppo CBT e da 82 individui (85,4%) nel gruppo ST.	(Supportive Therapy). Le scale utilizzate sono le seguenti: *PANSS, the Schedule for Assessing Insight (SAI), the Personal and Social Performance Scale (PSP)*	sottoposti a ST durante il periodo dello studio, a partire dalla 36esima settimana in tutte e tre le scale utilizzate. Infatti il gruppo CBT riporta risultati più bassi nella scala PANSS rispetto al gruppo ST ad 84 settimane. In ogni caso vi è stata una diminuzione nella scala PANSS rispetto i sintomi positivi e negativi in entrambi i gruppi. In particolare, il gruppo CBT ha evidenziato dei minori punteggi nella scala PANSS per i sintomi positivi rispetto il gruppo ST ad 84 settimane. Non vi sono state differenze significative tra i due gruppi rispetto ai sintomi negativi, evidenziando dunque che la CBT non ha portato a	competenze dei terapeuti nell'erogare il trattamento CBT e l'assenza di un gruppo TAU di controllo.

					maggiori benefici rispetto alla ST in questi termini. Per quanto riguarda la scala PANSS che indaga la disorganizzazione, e il distress emozionale, entrambi i gruppi hanno mostrato un'importante diminuzione dei punteggi, ma non vi sono evidenze che la CBT sia migliore della ST a fine trattamento. Per quanto riguarda la scala SAI, in entrambi i gruppi si sono riscontrati un rialzo dei punteggi significativo durante il periodo dello studio. Anche i risultati della scala PSP sono migliorati in entrambi i gruppi, ma in modo importante nel gruppo CBT dopo 84 settimane di trattamento. In	

					generale, 65 individui (76,5%) nel gruppo CBT hanno mostrato dei grandi miglioramenti a livello clinico, con un 25% minimo di riduzione dei punteggi nella scala PANSS, rispetto al 53,7% dei soggetti nel gruppo ST. Il seguente studio ha dimostrato la superiorità della CBT rispetto la ST per quanto riguarda i sintomi positivi e sintomi psicotici in generale a lungo termine, ed anche rispetto al funzionamento sociale.	
Valmaggia, L.R., Van Der Gaag, M., Tarrier, N., Pijnenborg, M., Slooff, C.J. UK (2004)	Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical	Studio controllato randomizzato	Lo studio ha incluso 62 pazienti, che in seguito sono stati divisi 36 nel gruppo CBT e 26 nel gruppo Supportive Counselling. I	L'obiettivo dello studio è quello di investigare gli effetti della CBT rispetto al supportive counselling in pazienti che presentano sintomi	A fine trattamento si evince che la CBT è stata più efficace rispetto al supportive counselling per quanto riguarda le allucinazioni uditive, riducendone la frequenza, durata ed	I limiti riportati nello studio sono i seguenti: criteri troppo rigidi di inclusione ed esclusione, piccolo campione di pazienti con una mancanza

	antipsychotic medication		pazienti selezionati hanno una diagnosi di schizofrenia, sperimentano da almeno 3 mesi sintomi positivi residui e sono sottoposti ad un regime farmacologico stabile da almeno 6 settimane. Lo studio ha eseguito in follow-up dopo 6 mesi al termine dei trattamenti.	persistenti nonostante un'adeguata terapia farmacologica. Le scale utilizzate sono le seguenti: *the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) e the Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS)*	il volume. Nessuna differenza tra i due gruppi è stata riscontrata rispetto le caratteristiche emozionali delle allucinazioni uditive. Queste differenze non sono però state mantenute al follow-up. Per quanto riguarda i deliri non vi sono state significative differenze tra i due gruppi. Una percentuale maggiore tra i soggetti sottoposti a CBT, rispetto alla SC, hanno mostrato il 20% di riduzione dei sintomi positivi nella scala PANSS.	significatività a livello statistico, la perdita di risultati nel follow-up e un follow-up troppo breve.
Garety, P.A., Fowler, D.G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., Kuipers, E. Londra e East Anglia (UK),	Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in	Studio controllato randomizzato	Sono stati presi in esame 301 pazienti. Gli individui sono stati divisi in due grandi gruppi: chi aveva una persona che si prendeva cura di	Lo studio ha lo scopo di testare l'efficacia della CBT e della family intervention (FI) nel ridurre le ricadute e nel migliorare i sintomi psicotici e il funzionamento dei	<u>Risultati primari</u>: Non vi sono state differenze tra i due gruppi per quanto riguarda le remissioni, le ricadute ed i giorni totali spesi in ospedale a 12 e 24	Nessun limite è stato esplicitato nello studio.

2008	psychosis: randomised controlled trial		loro (83 persone) e chi no (218 persone). Del primo gruppo 28 sono stati assegnati alla FI più TAU, 28 solo TAU e 27 alla CBT più TAU. Nel secondo gruppo 106 sono stati assegnati alla CBT più TAU e 112 solo TAU. Su 301 pazienti 259 hanno una diagnosi di schizofrenia, ed il restante un disturbo schizoaffettivo oppure un disturbo delirante.	pazienti. Le scale utilizzate sono le seguenti: *PANSS, The Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS), The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II), The Beck Anxiety Imventory (BAI), The time-Budget measure (intervista che misura il funzionamento sociale), The Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS), The Scale to Assess Unawareness of MentalDisorder, The Illness Perception Questionnaire, The Brief Core Schema Scale e the Qualitiy of Life measure (EuroQol).*	mesi. I pazienti che hanno avuto una completa remissione son stati meno del 50%, mentre la maggioranza dei pazienti hanno avuto una remissione parziale. Non vi sono dunque indicazioni di superiorità né della CBT e né ella FI. <u>Risultati secondari:</u> Riguardo le scale PANSS, PSYRATS, BDI e BAI quasi nessun risultato emerso è significativo tra i gruppi. Solo per i sintomi depressivi si è registrata una superiorità della CBT a 24 mesi sulla TAU. I pazienti nel gruppo CBT (with carers) hanno mostrato dei miglioramenti significativi a 12 mesi rispetto il funzionamento	

					sociale. Nel gruppo “no carer” la remissione è stata infrequente, con un alto livello di sintomi persistenti anche a 24 mesi. I pazienti con un caregiver assegnati alla CBT hanno mostrato dei miglioramenti rispetto al distress causato dai deliri e rispetto al funzionamento sociale. Vi sono anche indicazioni di un miglioramento dei sintomi positivi e negativi sia con la CBT che con la FI. Questi risultati suggeriscono che avere un caregiver può migliorare la risposta alle psicoterapie.	

5. Risultati

5.1 Descrizione degli articoli scientifici selezionati

In seguito alle ricerche effettuate sulle banche dati ho trovato 17 studi primari, tra questi ho selezionato 10 articoli che trattavano la tematica da me scelta. Tutti gli studi selezionati prendono in esame la terapia cognitivo-comportamentale in generale, senza esplicitare una terapia nello specifico. Gli altri 7 articoli sono stati esclusi per via di una specificità nella terapia, come sessioni in gruppo o a causa di una focalizzazione degli studi sui sintomi negativi.
Gli studi scientifici si dividono in: 8 studi controllati randomizzati (RCT), 1 studio caso-controllo ed 1 studio single system.
Tra gli articoli selezionati quattro provengono dal Regno Unito: Garety et al. (2008), (Valmaggia, Van Der Gaag, Tarrier, Pijnenborg, & Slooff, 2004), Turkington et al. (2007) e Durham et al. (2003); uno dalla Norvegia: Krakvik, Grawe, Hagen, & Stiles (2013); tre dagli Stati Uniti d'America: Velligan et al. (2014), Bradshaw & Roseborough (2004) e Cather et al. (2004); uno dal Brasile de Pavia Barretto et al. (2009); ed uno dalla Cina: Li et al. (2014).
Tutti gli studio scientifici sono in lingua inglese e ho escluso gli articoli pubblicati precedentemente all'anno 2000, in modo da poter analizzare ricerche il più recenti possibili.
Sei dei 10 studi selezionati prendono come popolazione degli individui con un'unica diagnosi di schizofrenia. Mentre gli studi di Garety et al. (2008), Krakvik et al. (2013) e Durham et al. (2003) prendono in esame pazienti con schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e disturbo delirante; lo studio di Cather et al. (2004) sceglie come popolazione dei pazienti affetti da schizofrenia o disturbo schizoaffettivo. Ho comunque deciso di includerli negli studi utilizzati per la discussione in quanto la patologia schizofrenica era la diagnosi riportata dalla grande maggioranza del campione di pazienti.

5.2 Sintesi degli studi

Riduzione della durata, delle severità e della presenza di sintomi psicotici residui
Si tratta dei risultati maggiormente trattati negli studi e riportati nei seguenti: de Pavia Barretto et al. (2009), Turkington et al. (2007), Durham et al. (2003), Velligan et al. (2014), Krakvik et al. (2013), Bradshaw & Roseborough (2004), Cather et al. (2004), (Li et al., 2014), (Valmaggia et al., 2004) e Garety et al. (2008).
Lo studio di de Pavia Barretto et al. (2009) ha avuto una durata di 25 settimane, ed un follow-up di 6 mesi. I pazienti sono stati sottoposti in totale a 20 sedute individuali di CBT, di cui le prime 15 ogni settimana e ogni 2 settimane le ultime 5 sessioni. Le sedute avevano la durata di 45 minuti. Tutti i pazienti ammessi nello studio hanno mantenuto una terapia farmacologica a base di clozapina che è rimasta invariata per tutta la durata della ricerca. I risultati dello studio hanno mostrato un miglioramento dei sintomi psicotici in generale, e questi benefici sono stati mantenuti al follow-up di 6 mesi. Non vi sono state invece evidenze di una superiorità della CBT rispetto alla BF per quanto riguarda i sintomi positivi.
Turkington et al. (2007) presentano uno studio della durata di 9 mesi con 20 sessioni di terapia della durata di 45 minuti l'una. La ricerca presenta un follow-up di 5 anni. Secondo lo studio, la CBT ha mostrato una riduzione dei sintomi della schizofrenia a corto termine, mentre i risultati a medio e lungo termine sono sovrapponibili ai pazienti sottoposti a BF.
La ricerca di Durham et al. (2003) è durata 9 mesi con un follow-up di 3 mesi. Secondo questo studio vi sono stati dei benefici rispetto ai sintomi psicotici in generale, portando ad una loro riduzione compresa tra il 25 e il 50% alla fine dei 9 mesi di terapia, ed al follow-up

i pazienti nel gruppo CBT hanno raggiunto in media il 25% di riduzione dei sintomi psicotici. Sia la CBT e la SPT hanno portato ad un miglioramento dei sintomi allucinatori e deliranti rispetto alla TAU.
Lo studio di Velligan et al. (2014) comprende delle sedute settimanali della durata di un'ora per un periodo di 9 mesi. I ricercatori hanno suddivido i partecipanti in 4 gruppi: CBT, CAT, TAU e MCog (CBT+CAT). Secondo i risultati emersi non vi sono stati degli outcomes migliori per quanto riguarda la terapia cognitivo-comportamentale, ma invece la CAT ha mostrato dei miglioramenti rispetto alla severità ed il distress causato dalle allucinazioni uditive. È dunque emerso che la CBT non ha apportato nessun beneficio verso i sintomi positivi ed il distress associato. Si tratta dell'unico studio che mostra dei risultati peggiori della CBT rispetto le altre terapie trattate.
Nello studio di Krakvik et al. (2013) i pazienti hanno ricevuto 20 sessioni individuali di CBT della durata di 6 mesi con un follow-up di 1 anno. È emerso che i pazienti sottoposti alla terapia cognitivo-comportamentale hanno riportato una diminuzione dei sintomi deliranti a fine trattamento ed una diminuzione dei sintomi psicotici in generale solo a corto termine, con risultati non significativi al follow-up. Lo studio ha riportato anche dei miglioramenti rispetto alle allucinazioni uditive e dei sintomi negativi.
I pazienti inclusi dello studio di Bradshaw & Rosenborough (2004) sono stati sottoposti per 18 mesi a sessioni di CBT della durata di 1 ora. L'82% degli individui sottoposti a CBT hanno riscontrato una diminuzione della severità dei sintomi psicotici del 48%.
La ricerca di Cather et al. (2004) è durata 16 settimane, con sedute della durata di un'ora svolte settimanalmente. Lo studio ha mostrato una riduzione dei sintomi psicotici e delle allucinazioni uditive nel gruppo CBT. Infatti il 60% dei pazienti hanno riportato un'importante riduzione dei sintomi positivi, rispetto a solo il 31% dei pazienti assegnati alla psico-educazione (PE).
Lo studio di Li et al. (2014) ha avuto una durata in totale di 84 settimane. I pazienti sono stati sottoposti a CBT o ST di 15 sessioni in 24 settimane, ed è poi seguito un follow-up di 60 settimane. La CBT ha mostrato una superiorità rispetto la ST per quanto riguarda i sintomi positivi al termine dello studio. Infatti, il 76% dei pazienti assegnati alla CBT hanno riportato una riduzione del 25% dei sintomi psicotici a lungo termine rispetto al 56% dei pazienti sottoposti alla ST. Entrambi i gruppi hanno mostrato degli importanti benefici rispetto alla disorganizzazione ed il distress emozionale causato dai sintomi della malattia. Non vi sono però evidenze di migliori outcomes della CBT in questi termini.
Nella ricerca di Valmaggia et al. (2004) i pazienti sono stati sottoposti a 16 sedute da un'ora di CBT o SP, con un follow-up di 6 mesi. A fine studio è emerso che la CBT è stata più efficace nella riduzione delle allucinazioni uditive, diminuendone la frequenza, la durata e il volume. Questi importanti miglioramenti non sono però stati mantenuti anche al follow-up. Rispetto ai sintomi deliranti non vi sono state differenze significative tra i due gruppi. In generale i pazienti sottoposti a CBT hanno riportato una diminuzione del 20% dei sintomi positivi.
Lo studio di Garety et al. (2008) ha avuto una durata totale di 24 mesi, in cui nei primi 9 mesi i pazienti sono stati sottoposti da 12 a 20 sessioni di CBT o FI. I pazienti sottoposti a CBT che avevano un caregiver hanno mostrato dei miglioramenti rispetto al distress causato dai sintomi deliranti, ed in generale è emerso che vi sono delle indicazioni di un miglioramento dei sintomi psicotici. La CBT non è però stata superiore alla FI rispetto ai sintomi della malattia. I migliori risultati emersi nei pazienti che avevano un caregiver fanno ipotizzare che il fatto di avere una persona di supporto possa portare a degli outcomes migliori per quanto riguarda i trattamenti.
In tutti gli studi scientifici selezionati i pazienti hanno mantenuto un'adeguata terapia farmacologica a base di antipsicotici.

Miglioramento del funzionamento psico-sociale
La tematica del funzionamento sociale è stata presa in considerazione nei seguenti studi: Velligan et al. (2014), Krakvik et al. (2013), Bradshaw & Roseborough (2004), Cather et al. (2004), Li et al. (2014) e Garety et al. (2008).
Secondo lo studio di Velligan et al. (2014) la CBT non ha mostrato una superiorità rispetto alla CAT per quanto riguarda il funzionamento sociale dei pazienti. È infatti emerso che solo la CAT ha portato a dei miglioramenti in questi termini.
Nella ricerca di Krakvik et al. (2013) a fine studio sono stati riportati dei miglioramenti a livello del funzionamento sociale dei pazienti sottoposti a CBT, con un incremento significativo dei punteggi nella scala utilizzata.
Bradshaw & Roseborough (2004) hanno evidenziato un'importante miglioramento a livello del funzionamento psico-sociale dei pazienti trattati con CBT a 6 mesi, ma si è anche riscontrato un leggero peggioramento a 9 e 12 mesi. In generale, l'86% dei pazienti nel gruppo CBT hanno riportato dei benefici in termini di funzionamento psico-sociale durante lo studio. La maggioranza degli individui ha riscontrato dei miglioramenti nei seguenti termini: raggiungere maggiore indipendenza, trovare un lavoro (a tempo parziale o a tempo pieno), maggiore supporto sociale ed un miglioramento delle relazioni con i famigliari.
Nello studio di Cather et al. (2004) la riduzione delle allucinazioni uditive riportate nei pazienti sottoposti a CBT è stato correlato inseguito a dei benefici rispetto al funzionamento sociale delle persone nei seguenti aspetti: maggiore autonomia delle ADL ed una maggiore partecipazione ad attività ricreative.
Anche secondo la ricerca di Li et al. (2014), la CBT ha mostrato una superiorità nei confronti la ST rispetto al funzionamento sociale.
Garety et al. (2008) riscontra un significativo miglioramento del funzionamento sociale a 12 mesi nei pazienti sottoposti a CBT che presentavano un caregiver.

Ricadute, remissioni, riospedalizzazioni e numero di giorni spesi in ospedale
Questi temi sono stati trattati solo nei seguenti due articoli scientifici: Turkington et al. (2007) e Garety et al. (2008).
Nello studio di Turkington et al. (2007) non sono emerse differenze tra il gruppo CBT e il gruppo BF rispetto il numero di riospedalizzazioni, ma vi sono state delle differenze significative per quanto riguarda il numero di giorni passati in ospedale a 5 anni, con un trend favorevole per i pazienti sottoposti a CBT che hanno speso meno giorni degenti nelle cliniche.
Secondo la ricerca di Garety et al. (2008) non vi sono state differenze tra i due gruppi per quanto riguarda le remissioni, le ricadute ed i giorni totali spesi in ospedale a 12 e 24 mesi. I pazienti che hanno avuto una completa remissione sono stati meno del 50%, mentre la maggioranza dei pazienti hanno riportato una remissione parziale. Non vi sono dunque indicazioni di superiorità della CBT sulla FI.

5.3 Limiti degli studi

Il primo limite riportato dagli studi selezionati è una non omogeneità della popolazione presa in esame. I pazienti scelti avevano età diverse, svariati gradi di formazione scolastica in quattro studi riportavano diagnosi differenti dalla schizofrenia, vi erano criteri di inclusione ed esclusione diversi e gli articoli sono stati svolti in più paesi (UK, Norvegia, USA, Brasile, Cina).
Il secondo limite riscontrato nei seguenti tre studi de Pavia Barretto et al. (2009), Bradshaw & Roseborough (2004) e Cather et al. (2004) è quello di un piccolo campione di pazienti presi in esame (rispettivamente 22, 22 e 30 individui).

Un altro limite presente in alcuni studi è la mancanza di intervallo di follow-up oppure di un periodo di follow-up troppo breve.
Inoltre, lo studio di Bradshaw & Roseborough (2004) non ha avuto fin da subito un gruppo di controllo. L'intero campione di pazienti è stato sottoposto alla TAU per un primo periodo, ed inseguito i pazienti sono stati assegnati gradualmente alla CBT, ed al termine della ricerca vi erano 15 pazienti su 22 che svolgevano sessioni di terapia cognitivo comportamentale.

5.4 Criticità

La totalità degli studi da me selezionati sono redatti in lingua inglese, ed è stato in certi casi complesso tradurre e comprendere appieno alcune parti dei risultati emersi.
Ho avuto anche delle difficoltà, soprattutto inizialmente, per quanto riguarda la ricerca degli articoli all'interno delle banche dati. Sono ugualmente riuscita a reperire una sufficiente quantità di studi scientifici, ma in diversi casi le ricerche erano a pagamento. Mi sarebbe dunque piaciuto poter usufruire di ulteriore letteratura, in quanto dopo aver letto gli abstract questi sembravano poter completare ed arricchire il mio lavoro di tesi.

6. Raccomandazioni

Le raccomandazioni che intendo esporre nei prossimi due capitoli vengono divise in raccomandazioni per la pratica professionale ed in raccomandazioni per una possibile ricerca futura.

6.1 Raccomandazioni per la pratica professionale

Le terapie cognitivo-comportamentali hanno portati svariati benefici per i pazienti affetti da schizofrenia. Possono diminuire i sintomi della malattia e migliorare il funzionamento psico-sociale dei pazienti. Questi approcci, abbinati ad un'adeguata terapia farmacologica, sono dunque indicati per il trattamento della schizofrenia (Fassino et al., 2007)
Il fatto che i pazienti sperimentino un miglioramento della sintomatologia e del funzionamento sociale, portano ad una maggiore autonomia della loro vita (Bradshaw & Roseborough, 2004).
Trovo che sia importante per noi infermieri conoscere, anche non approfonditamente, le tecniche cognitivo-comportamentali, in quanto potremmo consigliare ad un paziente di intraprendere queste terapie. Chiaramente la CBT non è spendibile solo per la schizofrenia, ma anche per altri disturbi della sfera psichica ed anche per le persone che non presentano delle patologie psichiatriche. Infatti, in differenti lezioni a scuola ci sono state presentate delle terapie cognitivo comportamentali, e queste possono essere praticate da chiunque. Sarebbe di conseguenza un arricchimento per un infermiere svolgere una CBT, in quanto potrebbe portare al paziente la sua esperienza personale rispetto a questi approcci e magari, in questo modo, invogliarlo ad intraprendere questo percorso.

6.2 Raccomandazioni per una futura ricerca

All'interno gli studi che ho selezionato per il lavoro di tesi, è emerso che vi è il bisogno di ulteriori ricerche con popolazioni più numerose, in alcuni casi si evidenzia la necessità di una metodologia maggiormente rigorosa e follow-up più lunghi.

Penso che possa essere rilevante approfondire una specifica tecnica cognitivo-comportamentale, e non soffermarsi a quella generale, sempre rispetto ai pazienti schizofrenici.
In alcuni articoli scientifici sono stati trattati i temi del numero di ospedalizzazioni, il numero di giorni spesi in ospedale ed il tema delle remissioni e delle ricadute. Credo dunque che potrebbe essere interessante approfondire maggiormente questo aspetto. Un'altra possibile ricerca futura potrebbe analizzare la questione economica legata alla CBT e se questa possa diminuire i costi sempre in termine di una diminuzione del numero di ospedalizzazioni.

7. Conclusioni

La schizofrenia è una malattia cronica che presenta un esordio in giovane età, ed il suo andamento è spesso caratterizzato da sintomi invalidanti e disturbanti per la persona. Questa patologia può portare a sintomi produttivi, negativi, deficit a livello cognitivo ed alla disorganizzazione del pensiero e del comportamento. Il primo trattamento nei confronti di questa patologia sono le terapie farmacologiche che sono per lo più utili per i sintomi positivi. Nonostante ciò, vi sono pazienti che sembrano non rispondere alle terapie antipsicotiche e continuano a sperimentare tutta una serie di sintomi come deliri e allucinazioni.
La persona schizofrenica non è l'unica che viene toccata dalla malattia, ma questa colpisce anche i suoi famigliari ed amici.
La CBT è un valido approccio se abbinato ad una terapia farmacologica nei pazienti schizofrenici con sintomi positivi persistenti. Grazie ad essa il paziente può correggere le esperienze e la sintomatologia psicotica o le loro conseguenze sui pensieri, i sentimenti ed il comportamento.
La terapia cognitivo comportamentale fa si che vi sia un riconoscimento dei sintomi positivi, portando ad un loro controllo e ad un distanziamento del paziente dai significati discordanti da essi prodotti. Si cerca dunque di far effettuare al paziente una valutazione logica dei sintomi.
Lo scopo della CBT nei pazienti schizofrenici che presentano sintomi positivi è quello di ridurre l'intensità dei deliri e delle allucinazioni, di promuovere una partecipazione attiva dell'individuo e ridurre il rischio di ricadute e di disabilità sociali.
Vi sono numerosi studi secondari che provano una validità delle terapie cognitivo-comportamentali per trattare i sintomi positivi nei pazienti schizofrenici. Infatti, anche negli articoli primari da me selezionati, vi sono delle indicazioni che la CBT porti a dei miglioramenti in termini di riduzione dei sintomi psicotici e di un migliore funzionamento sociale. In quasi la totalità degli studi presi in considerazione, i pazienti riportavano una diminuzione dei sintomi positivi, come una riduzione dell'intensità delle allucinazioni uditive e dei deliri a corto termine, ed in alcuni studi anche a lungo termine. Rispetto al funzionamento sociale è emerso che i pazienti sperimentavano maggiore autonomia nella vita e nelle ADL, riuscivano ad intraprendere un'attività lavorativa, riscontravano maggiore supporto sociale, riportavano un miglioramento per quanto riguarda le relazioni con i famigliari ed una maggiore partecipazione a delle attività ricreative.
Vi è uno studio che evidenzia un minor numero di giorni passati in ospedale nei pazienti trattati con CBT, ed un altro che riporta che i pazienti sottoposti alla terapia cognitivo-comportamentale sono andati incontro, nella maggioranza dei casi, ad una remissione parziale, ed in alcuni casi totale.

7.1 Valutazione personale del percorso svolto

Credo di essere soddisfatta del percorso svolto che mi ha portata infine alla redazione del lavoro di tesi. Si è trattato di un viaggio intenso, appagante, ed in parte ostico e duro.

La ricerca degli articoli nelle banche dati è stato inizialmente complesso, ma in seguito, dopo aver preso dimestichezza, è risultato più semplice.
Ritengo che aver scelto come metodologia la revisione di letteratura mi abbia aiutata a migliorare le mie capacità di ricerca nelle banche dati, e di sviluppare maggiori competenze di sintesi degli studi.
A fine percorso posso affermare di aver dato delle risposte e di aver raggiunto gli obiettivi che mi ero imposta.
Sicuramente avrei potuto circoscrivere maggiormente l'ambito di ricerca e non soffermarmi sulla terapia cognitivo-comportamentale in generale, magari arrivando ad outcomes più interessanti. Penso anche che se avessi individuato dei criteri di inclusione ed esclusione più rigidi, avrei reperito degli ulteriori studi da aggiungere a quelli già selezionati.
In ultimo, posso affermare che lo svolgimento della tesi mi ha permesso di apprendere ed approfondire temi che non padroneggiavo ancora appieno, infatti trovo che sia stato un percorso arricchente ed interessante dal punto di vista personale e professionale.

8. Bibliografia

Articoli scientifici

Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The Systematic Review: An Overview. Synthesizing research evidence to inform nursing practice. Joanna Briggs Institute 114 (3): 53-58

Bradshaw, W., & Roseborough, D. (2004). Evaluating the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment of Residual Symptoms and Impairement in Schizophrenia. doi: 10.1177/1049731503257872

Bustillo, J., & Weil, E. (2016). Psychosocial interventions for schizophrenia. Disponibile da: http://www.uptodate.com/contents/psychosocial-interventions-for-schizophrenia

Cather, C., Penn, D., Otto, M. W., Yovel, I., Mueser, K. T., & Goff, D. C. (2004). A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fCBT) for schizophrenia. doi: 10.1016/j.schres.2004.05.002

de Pavia Barretto, E. M., Kayo, M., Avrichir, B. S., Sa, A. R., das Gracas Miquelutti Camargo, M., Napolitano, I. cristina, … Elkis, H. (2009). A Preliminary Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy in Clozapine-Resistant Schizophrenia. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181be7422

Durham, R. C., Guthrie, M., Morton, R. V., Reid, D. A., Treliving, L. R., Fowler, D., & Macdonald, R. R. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. Disponibile da: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12668405

Fischer, B. A., & Buchanan, R. W. (2016a). Schizophrenia: Epidemiology and pathogenesis. Disponibile da: https://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis

Fischer, B. A., & Buchanan, R. W. (2016b). Schizophrenia: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Disponibile da: https://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-in-adults-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis

Garety, P. A., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse preventions and symptoms reduction in psychosis: randomised controlled trial. doi: 10.1192/bjp.bp.107.043570

Krakvik, B., Grawe, R. W., Hagen, R., & Stiles, T. C. (2013). Cognitive Behaviour Therapy for Psychotic Symptoms: A Randomized Controlled Effectiveness Trail. doi: 10.1017/S1352465813000258

Lebow, J. (2015). Overview of psychotherapies. Disponibile da: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-psychotherapies

Li, Z. ., Guo, Z. ., Wang, N., Xu, Z. ., Qu, Y., Wang, X. ., … Kingdon, D. (2014). Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China. doi: 10.1017/S0033291714002992

Stroup, T. S., MD, MPH, Marder, S., & MD. (2015). Pharmacotherapy for schizophrenia: Acute and maintenance phase treatment - UpToDate.

Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T. R., Nur, U., Siddle, R., … Kingdon, D. (2007). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up. doi: 10.1016/j.schres.2007.09.026

Valmaggia, L. R., Van Der Gaag, M., Tarrier, N., Pijnenborg, M., & Slooff, C. J. (2004). Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. doi: 10.1192/bjp.186.4.324

Velligan, D. I., Tai, S., Roberts, D. L., Maples-Aguilar, N., Brown, M., Mintz, J., & Turkington, D. (2014). A Randomized Controlled Trial Comparing Cognitive Behavior Therapy, Cognitive Adaptation Training, Their Combination and Treatment as Usual in Chronic Schizophrenia. doi: 10.1093/schbul/sbu127

Libri di testo

American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5* (5. ed.). Milano: Raffaello Cortina.

Andreasen, N. C. (1996). *Schizofrenia - scale per la valutazione dei sintomi positivi e negativi*. Raffaello Cortina.

Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (2012). *Manuale di terapia cognitiva delle psicosi*. Franco Angeli.

Carrà, G., Barale, F., & Marinoni, A. (2004). *Schizofrenia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

De Mey-Guillard, C. (2008). *Initiation aux Thérapies Cognitives et Comportementales*. Lione, Francia: Chronique Sociale.

Fassino, S., Abbate Daga, G., & Leombruni, P. (2007). *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Torino: Centro scientifico editore.

Kemali, D., Maj, M., Catapano, F., Giordano, G., & Saccà, C. (1996). *ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali* (10. ed.). Milano: Masson S.p.A.

Pancheri, P. (2007). *La schizofrenia* (3. ed.). Milano: Elsevier Masson.

Siti internet:

Saiani, L., & Brugnolli, A. (2010). Come scrivere una revisione della letteratura. Università degli Studi di Verona, Facoltà di medicina e chirurgia, Area Formazione professioni sanitarie. http://www.dspmc.univr.it/documenti/Avviso/all/all823246.pdf

9. Allegati

Abbreviazioni:

- CBT: Terapia cognitivo-comportamentale
- BF: Bifriending
- FI: Family intervention
- ST: Supportive therapy
- CAT: Cognitive Adaptation Training
- TAU: Treatment as usual
- MCog: CAT+CBT
- PE: Psico-educazione

LT approvato in data: