

# **SUPSI**

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

## **Efficacia e benefici dell'erogazione infermieristica della terapia cognitivo-comportamentale nei pazienti schizofrenici**

Revisione della Letteratura

Lavoro di Tesi  
(Bachelor Thesis)

di

Ej jari Sara

Direttrice di tesi: Barca Sofia

Anno scolastico 2021/2022

Manno, 31 luglio 2022

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



(Mino Ceretti, Uomo allo specchio rotto 1956)

*“l'essenza della cura è nell'essere una pratica relazionale che impiega chi-ha-cura nel fornire energie e tempo per soddisfare i bisogni dell'altro, bisogni materiali e immateriali, in modo da creare le condizioni che consentano all'altro di divenire il suo proprio poter essere sviluppando la capacità di aver cura di sé. C'è dunque una cura che preserva la vita da quanto la minaccia, quella che ripara quando si creano fessure di sofferenza e quella che la fa fiorire offrendo all'altro esperienze in cui poter vivere una pluralità di differenti modi del divenire il proprio poter essere”.*

(Mortari, 2006)

## **Abstract**

**Background:** la schizofrenia rappresenta una patologia psichiatrica fortemente invalidante, si tratta di una malattia caratterizzata da alterazioni del pensiero e del rapporto con l'esterno con perdita dei nessi associativi che con il progredire della sfociano in deterioramento cognitivo. Il trattamento di prima scelta si avvale dell'utilizzo di antipsicotici, ma è possibile associare a questi ultimi anche altri trattamenti non farmacologici, come la terapia cognitivo comportamentale, in grado di agire là dove la farmacoterapia non agisce completamente.

**Obiettivi:** gli obiettivi primari di questa revisione riguardano il comprendere se ed in che modo la terapia cognitivo comportamentale possa apportare benefici, dal punto di vista prognostico e clinico, al soggetto affetto da disturbo schizofrenico e osservare come e se l'infermiere può applicare la CBT nel percorso terapeutico. Il raggiungimento di questi obiettivi sarà funzionale all'acquisizione di conoscenze teoriche utili al ruolo professionale dell'infermiere ed applicabili alla sua futura pratica professionale.

**Metodo:** La metodologia utilizzata prevede lo svolgimento di una revisione della letteratura, in cui sono stati selezionati ed analizzati articoli scientifici primari. Tale revisione ha visto la selezione ed inclusione di articoli scientifici pubblicati a partire dall'anno 2003.

**Risultati:** La letteratura è in grado di dimostrare che la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), erogata in associazione ad un trattamento farmacologico stabile sia in grado di apportare dei benefici nei soggetti ad essa sottoposti.

**Conclusioni:** Emergono risultati secondo cui la CBT sia una terapia valida. È provato inoltre che infermieri correttamente istruiti siano in grado di erogare la CBT facendo sì che i pazienti ne traggano un conseguente beneficio dal punto di vista clinico.

**Keywords:** CBT – Nurse role – Benefits – Schizophrenia – Nurse skills – Treatment – Positive symptoms – Negative symptoms -

# INDICE

<b>1. INTRODUZIONE</b>	<b>6</b>
1.1 Motivazione e presentazione dell'elaborato	6
1.2 Domanda di ricerca e obiettivi del lavoro di tesi	6
1.3 Piano della tesi	7
<b>2 BACKGROUND</b>	<b>7</b>
2.1 Introduzione alla schizofrenia	7
2.2 Eziologia	8
2.3 Criteri diagnostici	9
2.4 Epidemiologia	10
2.5 Sintomatologia	10
2.6 Decorso e Prognosi	12
2.7 L'infermiere psichiatrico	12
2.8 Terapia	14
2.8.1 Terapia farmacologica	14
2.9 Approccio cognitivo	15
2.9.1 Approccio comportamentale	15
2.9.2 Terapia cognitivo comportamentale (CBT)	15
<b>3. METODOLOGIA PREVISTA</b>	<b>16</b>
3.1 Obiettivi del lavoro	19
<b>4. ANALISI</b>	<b>20</b>
4.1 Descrizione degli studi selezionati	20
4.1.1 <i>Tayside – Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms.</i>	20
4.1.2 <i>Evaluating the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment of Residual Symptoms and Impairment in Schizophrenia</i>	20
4.1.3 <i>Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication.</i>	21
4.1.4 <i>A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fcbt) for schizophrenia</i>	21

<b>4.1.5 Outcomes of an effectiveness trial of cognitive- behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia</b>	21
<b>4.1.6 A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up.</b>	21
<b>4.1.7 Cognitive Behaviour Therapy for Psychotic Symptoms: A Randomized Controlled Effectiveness Trial</b>	22
<b>4.1.8 Cognitive–behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China</b>	22
<b>4.1.9 Efficacy and durability of cognitive behavior therapy in managing hallucination in patients with schizophrenia</b>	22
<b>4.2 Risultati</b>	22
<b>4.2.1 Riduzione delle manifestazioni sintomatologiche della schizofrenia</b>	22
<b>4.2.2 Recidive, ri-ospedalizzazioni e degenza media</b>	23
<b>4.2.3 Miglioramento del funzionamento psico-sociale</b>	24
<b>4.3 Il ruolo dell’infermiere nell’attuazione della CBT</b>	25
<b>4.3.1 Il ruolo dell’infermiere all’interno degli studi selezionati</b>	26
<b>5. SINTESI</b>	26
<b>6. CONCLUSIONI</b>	28
<b>6.1 Esperienza di ricerca</b>	28
<b>6.2 Limiti e prospettive di miglioramento</b>	29
<b>6.3 Punti forti e risvolti per la futura pratica</b>	30
<b>7. RINGRAZIAMENTI</b>	31
<b>8. Bibliografia</b>	32
<b>Allegato n°1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati</b>	35
<b>Allegato n°2: Scala GAF</b>	48

## 1. INTRODUZIONE

La schizofrenia rappresenta una malattia psichiatrica molto diffusa all'interno della nostra società, si tratta di una malattia subdola ed insidiosa, ad insorgenza precoce che colpisce tutte quelle che sono le funzioni cognitive ed inficia in maniera importante nella qualità di vita del soggetto andandone ad alterare il funzionamento. Da quanto appreso all'interno dei libri di testo tale disturbo rappresenta forse la malattia psichiatrica più subdola e compromissiva tra tutte le malattie psichiatriche. È per tale motivo necessario fornire, ai soggetti affetti, un percorso di cura continuativo e di qualità volto alla diminuzione della sintomatologia ed al miglioramento della qualità di vita. Generalmente in qualità d'infermieri il nostro impiego assume maggior rilevanza in quella che è l'assistenza e l'erogazione della terapia farmacologica, ma non sempre ciò è sufficiente. Emerge quindi la necessità di una presa in cura più globale, che preveda, oltre all'assistenza e l'erogazione della terapia farmacologica, anche un supporto psicologico, familiare e sociale. Esistono molte terapie di supporto che se associate alla terapia farmacologica sono in grado di agire in maniera potenziata, offrendo al soggetto un'esperienza di cura più completa utile nella gestione dei sintomi resistenti alla farmacoterapia. Tra le svariate terapie esistenti, all'interno di questo lavoro di tesi, ci concentreremo su quella che è la terapia cognitivo-comportamentale. Trattasi di una terapia ancora poco diffusa nel trattamento delle malattie psichiatriche, e soprattutto della schizofrenia, ma che comunque, in base alle poche evidenze disponibili, si dimostra essere funzionale.

### 1.1 Motivazione e presentazione dell'elaborato

Per la redazione del mio lavoro di tesi ho deciso di focalizzarmi sull'ambito psichiatrico, più precisamente sulla schizofrenia, ciò in quanto si tratta di una patologia che ha destato in me sempre grande interesse ed in un certo senso anche un sostanziale fascino. L'interesse per l'ambito psichiatrico è incrementato ancor di più durante il mio percorso formativo, grazie al quale ho avuto l'opportunità di assistere a lezioni frontali ove queste tematiche venivano affrontate ed approfondite. Ritengo inoltre che anche lo stage svolto in clinica psichiatrica mi abbia offerto l'occasione di assistere e vivere appieno quello che è l'incontro con un io affetto da un disturbo di natura psichiatrica, ciò mi ha permesso di conoscere un mondo diverso, di sviluppare capacità comunicative sino ad allora non conosciute ed anche gestire quelle che sono le mie emozioni oltre che quelle dell'altro. Sono state proprio queste caratteristiche ad avermi spinto nel voler approfondire quelli che sono i trattamenti non farmacologici attuabili con un soggetto affetto da schizofrenia. Inizialmente la mia ricerca voleva essere molto generale e non prevedeva l'approfondimento di una specifica terapia, bensì voleva orientarsi a quelli che sono gli approcci terapeutici attuabili dall'infermiere atti ad arrecare beneficio al paziente schizofrenico. Vista la vastità degli interventi esistenti ho deciso di avvicinarmi alla lettura al fine di trovare una specifica terapia che potesse interessarmi ed al contempo intrigarmi tanto da volerne fare tesoro sia dal punto di vista personale sia professionale. Durante la lettura del libro *The Art and Science of Mental Health Nursing, Principles and Practice* scritto da Norman, I., & Ryrie, I., (2013) mi sono imbattuta nella *cognitive-behavioural therapy* (CBT), incuriosita decisi di documentarmi in merito e ciò non fece altro che incrementare il mio interesse, proprio in quel momento capii che la terapia che avrei voluto trattare all'interno del mio lavoro di tesi era proprio la CBT.

### 1.2 Domanda di ricerca e obiettivi del lavoro di tesi

Il fulcro di questo elaborato sarà quello di comprendere cosa sia e come funzioni la CBT, quali siano i benefici che essa è in grado di generare nei soggetti affetti da schizofrenia e come l'infermiere possa applicarla all'interno del percorso di cura. Queste informazioni

saranno utili al fine di ampliare il mio bagaglio di conoscenze offrendomi la possibilità di apprendere una terapia sino ad oggi mai approfondita e acquisire nuove conoscenze utili al mio ruolo professionale e fruibili nella mia futura pratica. Oltre a ciò, avrò occasione di approfondire la schizofrenia, tutte le sue caratteristiche ed implicazioni, come anche quelle che sono le competenze infermieristiche fondamentali nel trattamento e nella presa in cura del soggetto schizofrenico. Al fine di poter raggiungere gli obiettivi da me introdotti sarà necessario formulare una domanda di ricerca, la quale possa aiutarmi ed accompagnarmi durante tutto il percorso di ricerca. La domanda da me individuate è: “Terapia cognitivo comportamentale (CBT) applicata da infermieri a pazienti affetti da schizofrenia, vi sono efficacia e benefici in termini clinici?”

### **1.3 Piano della tesi**

Per la redazione dell'elaborato mi avvarrò di una revisione della letteratura, la quale mi permetterà di reperire tutto il materiale presente all'interno della letteratura inerente al mio ambito d'interesse. Ciò mi consentirà di selezionare solo gli studi da me ritenuti validi e coerenti con la mia domanda di ricerca. Al fine di poter offrire un filo logico, il quale possa permettere una miglior comprensione dello scritto, il lavoro verrà organizzato in capitoli e paragrafi ben differenziati, i quali vedranno come tappe fondamentali l'esplicitazione della schizofrenia e di tutte le caratteristiche che la riguardano, l'approfondimento del ruolo infermieristico in ambito psichiatrico, il trattamento farmacologico e la terapia cognitivo comportamentale. Verrà poi illustrata la metodologia con la quale è stato svolto il lavoro di tesi, ossia la revisione della letteratura, ed al termine verranno presentati e sintetizzati i risultati ottenuti a seguito dell'analisi degli studi selezionati. Ciò vedrà come conclusione quella che è stata la mia esperienza di ricerca, i limiti ed anche i risvolti per la mia futura professione. Il tutto verrà presentato in maniera fluida e discorsiva al fine di poter catturare al meglio quelle che sono le peculiarità della tematica scelta.

## **2 BACKGROUND**

### **2.1 Introduzione alla schizofrenia**

Con il termine Schizofrenia si fa riferimento ad un disturbo di tipo psichiatrico molto frequente e comune. In origine il disturbo Schizofrenico venne definito da Emil Kraepelin con il nome di Dementia Praecox, con tale termine egli volle racchiudere un insieme più vasto di psicosi caratterizzate da un decorso cronico con picchi di riacutizzazione privo però di una regressione totale del disturbo (Pancheri, 2007). Secondo Kraepelin la dementia praecox era una patologia determinata da cause endogene provenienti da alterazioni dell'encefalo (Invernizzi, 2006). Kraepelin attribuì al disturbo tale nome al fine di farne emergere le caratteristiche definenti, di fatti con il termine Praecox indicò la prematurità d'insorgenza del disturbo, il quale si manifesta in età giovanile; e con il termine Dementia pose maggior attenzione alla presenza di una sintomatologia caratterizzata prevalentemente da dispercezioni ed un successivo deterioramento cognitivo (Fassino, Daga & Leombruni, 2007).

Tale termine fu poi riformulato dallo psichiatra Eugen Bleuer nel 1908, il quale attribuì il nome di Schizofrenia, ossia scissione della mente, tale termine descrive perfettamente il processo patogenetico di frammentazione dei processi associativi tipico di questo disturbo (Frith, 1995). Dal punto di vista nosologico si tratta di specifiche alterazioni del pensiero e del rapporto con l'esterno, si ha dunque una spiccata modificazione delle capacità associative ed una scissione delle funzioni psichiche che in soggetti non affetti risultano essere inalterate (Pancheri, 2007) il tutto associato ad una sintomatologia caratteristica ma non patognomica. Bleuer distinse dei sintomi fondamentali

caratterizzanti tale disturbo, egli definì i suddetti sintomi “quattro A”, ossia ambivalenza, disturbi dell’affettività, autismo e difficoltà nel creare nessi associativi, questi rappresentano il fulcro delle manifestazioni presenti all’interno della schizofrenia, accompagnate poi da altre manifestazioni meno specifiche, quali: deliri, allucinazioni, dispersezioni, comportamento di tipo catatonico e deficit di memoria (Fassino et al., 2007).

Il quadro clinico è costituito da più fasi, nello specifico si tratta di quattro fasi ben differenziate tra di loro che evolvono da una prima fase prodromica sino ad una fase tardiva della malattia; nello specifico possiamo differenziare:

Fase prodromica: questa fase si manifesta generalmente in giovane età, si tratta di un periodo di tempo in cui si manifestano delle alterazioni del normale funzionamento individuale con cambiamenti nella performance relazionale, scolastica, lavorativa e sociale (questi cambiamenti accompagnano il soggetto in un progressivo processo di isolamento), tali alterazioni precedono l’insorgenza di segni e sintomi più specifici della malattia.

Fase precoce: si ha qui la comparsa di segni e sintomi (positivi e negativi) conclamati che implicano un funzionamento cognitivo e psicosociale deficitario.

Fase centrale: caratterizzata da un peggioramento inaggravante in cui si hanno manifestazioni sintomatiche episodiche, caratterizzate quindi da un picco sintomatico ed una conseguente remissione, o continue, ossia caratterizzate da picchi di esacerbazione dei sintomi privi di remissione.

Fase tardiva: in questa ultima fase è possibile che si manifestino dei miglioramenti o che il decorso patologico si stabilizzi.

(Bressi & Invernizzi, 2008).

Chiaro è che, come emerge dal quadro clinico, la schizofrenia rappresenta una patologia alquanto invalidante, ciò è determinato dalla sua sintomatologia, dalla frequenza delle esacerbazioni e dalla precocità con la quale si manifesta (Invernizzi, 2006). Tutti questi fattori determinano di fatto una rapida compromissione delle funzionalità soggettive che si ripercuote poi su tutta quella che è la funzionalità di vita e l’autonomia del soggetto (Invernizzi, 2006).

## **2.2 Eziologia**

Ad oggi non vi sono ancora riferimenti univoci in grado di offrirci una risposta in merito alla causa certa base dell’insorgenza del disturbo schizofrenico. Di fatto esiste più di un’ipotesi eziopatogenetica, si identifica quindi una causa multifattoriale ove individuare plurimi meccanismi d’azione (Invernizzi, 2006).

Si sostiene che vi sia una predisposizione genetica alla base dello sviluppo della malattia, di conseguenza tale vulnerabilità genetica se sommata a determinati fattori psicologici o ambientali favorisce lo sviluppo della schizofrenia (Caviglia & Perrella, 2009). Si tratta di un modello definito anche con il nome di “stress-vulnerabilità”, questo modello racchiude in sé connotazioni di tipo biologico, psicologico e sociale (Carrà, Barale & Marioni, 2004). Seguendo tale approccio è chiaro che ogni individuo a seguito dell’interazione tra fattori biologici, sociali e psicologici possa sviluppare un differente grado di vulnerabilità, il quale se combinato alla presenza di fattori ambientali stressanti può dare luogo allo sviluppo della malattia (Carrà, Barale & Marioni, 2004). Il livello di vulnerabilità come anche gli agenti stressogeni e la percezione di essi sono differenti da individuo a individuo; di fatto un evento stressante percepito da un soggetto come il massimo stress potrebbe essere percepito da un altro come il minimo degli eventi stressanti (Carrà, Barale & Marioni, 2004).

Le teorie neuro evolutive sostengono che, da un punto di vista biologico, alla base dell'insorgenza della schizofrenia vi sia una modificazione nei processi di migrazione neuronale e nella costituzione delle sinapsi, ciò è correlabile anche ad un'alterazione del consueto processo di apoptosi cellulare, il quale sommato ad agenti esterni come stress o esposizione a sostanze tossiche darebbe origine ad una serie di errori durante la selezione neuronale (Fassino et al., 2007).

Facendo invece riferimento all'approccio biologico vi è un'ipotesi Dopaminergica; secondo la quale la sintomatologia "positiva" della schizofrenia, quali deliri, allucinazioni ed altri sintomi concomitanti sono dovuti ad una iperattività delle sinapsi deputate alla captazione di dopamina (Caviglia & Perrella, 2009). La dopamina è un neurotrasmettitore rilasciato dai neuroni dopaminergici, il quale una volta rilasciato si lega a dei recettori, denominati recettori postsinaptici, responsabili della regolazione di trasmissione dell'impulso, ad oggi il recettore maggiormente coinvolto e studiato nella fisiopatologia della Schizofrenia è il recettore D<sub>2</sub> (Fassino et al., 2007).

L'iperattività dopaminergica è di maggior rilevanza a livello del circuito meso-limbico, il quale è responsabile della manifestazione sintomatologica positiva, mentre a livello frontale si ha un'ipo-produzione di dopamina, tale carenza implica la comparsa di sintomatologia negativa (Fassino et al., 2007). Il circuito meso-corticale e tuberoinfundibolare hanno invece un ruolo importante in quelle che sono le manifestazioni degli effetti collaterali, cognitivi e no, provocati dall'utilizzo di farmaci antipsicotici (Fassino et al., 2007). Oltre al ruolo principale impiegato dalla dopamina entrano in gioco anche altri neurotrasmettitori quali, serotonina, noradrenalina, acetilcolina e GABA (Fassino et al., 2007). La letteratura evidenzia inoltre che ad avere un importante ruolo nello sviluppo della schizofrenia vi siano anche dei fattori ereditari, di fatti si stima che nei soggetti appartenenti a nuclei familiari in cui un parente di primo grado è affetto da schizofrenia vi sia un rischio 10 volte superiore di sviluppare la malattia rispetto ad altri soggetti in cui non è presente questa componente familiare (Invernizzi, 2006). A sostegno di questa teoria vi sono gli studi eseguiti su gemelli monozigoti e dizigotici di soggetti affetti da schizofrenia (Invernizzi, 2006), dai quali emerge che nei gemelli monozigotici vi sia una concordanza, ossia una probabilità di sviluppare la malattia, che può raggiungere il 50%, mentre nei gemelli dizigotici il 10-15% (Secchiaroli, 2005). A giocare un ruolo decisivo nell'insorgenza della malattia vi sono anche dei fattori di rischio sociali, di fatti complicanze in periodo prenatale e perinatale, complicanze ostetriche come ipossia cerebrale, situazioni sociali sfavorevoli, abuso di sostanze durante la gestazione e patologie materne sono associate ad una più alta incidenza nello sviluppo della schizofrenia (Biondi, Carpinello, Muscettola, Placidi, Rossi & Scarone, 2014). È stato evidenziato che l'insorgenza della malattia è più elevata in soggetti costretti a vivere in condizioni di isolamento, povertà, eventi di vita stressanti e condizioni socioeconomiche svantaggiose, come anche l'essere cresciuti in grandi metropoli (Carrà, Barale & Marioni, 2004). Chiaro è che vi siano componenti multifattoriali che se associate predispongono all'insorgenza della schizofrenia in soggetti già predisposti.

### **2.3 Criteri diagnostici**

Quando parliamo di Schizofrenia, al fine di poter effettuare una diagnosi certa, facciamo riferimento ad un disturbo, i quali segni perdurano per un periodo di almeno sei mesi, tale periodo, deve essere associato alla presenza di sintomatologia attiva di una durata non inferiore ad un mese, tale sintomatologia deve essere caratterizzata da almeno due o più sintomi tipici, quali:

- Allucinazioni
- Deliri

- Eloquio disorganizzato
- Comportamento disorganizzato/catatonico
- Sintomi negativi (isolamento sociale, anedonia, apatia...)

(Andreoli, Cassano & Rossi, 2000).

Oltre alla sintomatologia sopracitata nel soggetto si verifica una modificazione del fisiologico livello di funzionamento, la quale implica delle modificazioni a livello lavorativo, sociale ed anche nella cura di sé, con disfunzionamento cognitivo, emotivo e comportamentale (Biondi, 2014).

Di fondamentale importanza è appurare che non ci si trovi di fronte ad una condizione medica differente rispetto al sospetto diagnostico e che il soggetto non sia sotto l'effetto di sostanze psicotrope (Andreoli, Cassano & Rossi, 2000).

Altri sintomi di supporto alla diagnosi sono: riduzione dell'attenzione, alterazione del ritmo sonno veglia, umore disforico (con ansia, depressione, o rabbia), disturbi mnesici, preoccupazioni somatiche, depersonalizzazione, disinteresse nell'alimentazione ed in alcuni casi mancanza di insight (Biondi, 2014).

## 2.4 Epidemiologia

La schizofrenia rappresenta una patologia molto diffusa e d'importante rilevanza, è di fatti il disturbo psicotico più diffuso all'interno della popolazione (Carrà, Barale & Marioni, 2004). La prevalenza della schizofrenia risulta essere relativamente alta, di fatti si stima che circa l'1% della popolazione potrebbe sviluppare la malattia o ne sia già affetto, si sostiene addirittura che nella popolazione dai 16 ai 74 anni vi sia la prevalenza del 5 per 1000 di casi (Norman & Ryrie, 2013). In termini di *lifetime* prevalenza si ha una rilevanza di 0,5-1,5% ed un'incidenza annua che va dallo 0,009% allo 0,09% (Fassino et al., 2007). L'esordio è tipicamente compreso tra i 15 ed i 35 anni, solitamente è più precoce e più frequente nel sesso maschile rispetto che in quello femminile (Sistema nazionale per le linee guida [SNLG], 2007). L'esordio nel sesso maschile è compreso tra i 15 ed i 25 anni, mentre nel sesso femminile è tra i 25 ed i 35 anni, è in tal senso rara l'insorgenza di schizofrenia prima dei 10 anni o dopo i 40 anni (Fassino et al., 2007).

Possiamo quindi giungere alla conclusione che non si tratti di una diagnosi sporadica, bensì che tale malattia sia ben diffusa e radicata all'interno della popolazione. Per tale motivo emerge la necessità non solo di giungere ad una diagnosi medica precoce, bensì di intervenire in modo adeguato sin dagli albori al fine di ridurre le complicazioni e favorire un trattamento adeguato il quale possa permettere al soggetto di avere una qualità di vita ottimale.

## 2.5 Sintomatologia

La sintomatologia della schizofrenica è molto variegata, ragion per cui sono stati individuati quattro quadri sintomatologici al fine di poterli differenziare al meglio (Biondi et al., 2014).

Possiamo osservare i seguenti gruppi:

Sintomi positivi: caratterizzati dalla prevalente presenza di allucinazioni e deliri.

- Deliri: si tratta di false credenze di cui il soggetto è fermamente convinto nonostante vi siano prove che contraddicano la veridicità del contenuto delirante; è possibile individuare svariati temi deliranti (persecuzione, religioso, somatico, di controllo...); inoltre i deliri possono essere bizzarri, ovvero non manifestabili nella realtà, oppure non bizzarri, ossia contenuti falsi che potrebbero però manifestarsi nella realtà (Biondi, 2014).
- Allucinazioni: rappresentano percezioni soggettive prive però di un vero e proprio stimolo proveniente dall'esterno, si tratta di percezioni vissute dal

soggetto in maniera vivida e chiara (si possono osservare allucinazioni di tipo visivo, somatico, gustativo, olfattivo e uditivo) (Biondi, 2014).

Sintomi di disorganizzazione: in cui prevalgono eloquio disorganizzato, stereotipie, affaccendamento e comportamenti afinalistici (Biondi et al., 2014).

Deficit cognitivi: si può avere alterazione delle funzioni mnesiche, disturbi dell'attenzione e della vigilanza, tale sintomatologia inficia particolarmente in quella che è la funzionalità sociale del soggetto, si possono di fatti evidenziare situazioni di ritiro sociale, isolamento e ridotto benessere con conseguente alterazione in senso negativo della qualità di vita (Biondi et al. 2014).

Sintomi negativi: I sintomi negativi implicano la compromissione della sfera affettiva, volitiva, cognitiva e sociale dell'individuo (Pancheri, 2007). Rappresentano quindi una perdita o diminuzione del normale funzionamento (Andreoli, Cassano & Rossi, 2000).

Questi sintomi costituiscono il lato più debilitante della patologia, sono di fatti caratterizzati principalmente da:

- Abulia: condizione in cui la capacità decisionale ed esecutiva del soggetto è compromessa
- Apatia: rappresenta la mancanza di motivazione, interesse e reattività agli stimoli, ciò implica una sedazione della responsività emotiva del soggetto
- Anedonia: incapacità di provare piacere ed emozioni forti a partire da attività o eventi che di consuetudine dovrebbero essere piacevoli
- Alogia: caratterizzata da eloquio povero, poco fluido e aumento del tempo di latenza che intercorre tra domanda e risposta correlati ad un'alterazione dei processi logici e di pensiero
- Alterazioni della motricità: diminuzione e rallentamento dell'espressività motoria
- Amimia: assenza di espressività in correlazione allo stato emotivo
- Astenia: condizione di debolezza fisica associata a scarsa risposta agli stimoli
- Asocialità: diminuzione delle interazioni interpersonali con conseguente alterazione di queste ultime
- Appiattimento affettivo: riduzione dell'espressività emotiva
- Perdita d'iniziativa
- Povertà nei contenuti del pensiero.

(Pancheri, 2007).

La Schizofrenia inficia quindi in gran parte delle funzioni mentali, producendo così una diminuzione del livello di funzionamento dell'individuo, invalidando il contenuto del pensiero, il quale si traduce in pensieri anomali ed illogici e una distorsione della percezione, tutto ciò si aggiunge ad un quadro di anormalità affettiva e compromissione del senso del sé (Sadock & Sadock, 2003).

In base alla clinica assunta dalla malattia si possono distinguere quattro varietà cliniche, che rispettivamente sono:

Forma paranoide in cui sono più frequenti deliri, allucinazioni e disturbi del comportamento, tale forma ha un esordio più tardivo (25-30 anni) (Betti & Di Fiorino, 1997).

Forma catatonica, ove vi è la presenza di bizzarrie, agitazione afinalistica, catatonìa, utilizzo di neologismi, ecolalia, stereotipie e il soggetto risulta essere rallentato nell'azione (Betti & Di Fiorino, 1997).

Forma simplex, in cui prevale la sintomatologia negativa e scarso/nullo delirio, tale forma ha un andamento progressivo (Betti & Di Fiorino, 1997).

Forma ebefrenica, caratteristiche sono dissociazione e disorganizzazione del pensiero, appiattimento affettivo, amimia, stereotipie motorie e bizzarrie comportamentali, tale forma ha insorgenza precoce, in età adolescenziale (Betti & Di Fiorino, 1997).

Un'altra classificazione chiamata di Crow ci permette di distinguere due differenti forme, in base alla presenza di sintomatologia negativa o positiva.

La sindrome di tipo 1 di Crow è caratterizzata dalla presenza di sintomatologia positiva costituita da deliri ed allucinazioni, non vi è compromissione delle funzioni cognitive ed è per lo più una manifestazione acuta (Betti & Di Fiorino, 1997).

Sindrome di tipo 2 di Crow è invece caratterizzata dalla presenza di sintomatologia negativa, questa tipologia tende a cronicizzare (Betti & Di Fiorino, 1997).

È comunque evidente che la sintomatologia è molto variegata e colpisce tutte quelle che sono le funzioni mentali ed il funzionamento del soggetto.

## **2.6 Decorso e Prognosi**

Il decorso può essere molto variabile, in alcuni casi si manifesta una cronicizzazione, mentre in altri si alternano momenti di remissione con momenti di esacerbazione, chiaro è però che in entrambi i casi la remissione completa è improbabile (Andreoli, Cassano & Rossi, 2000).

Il decorso è determinato anche dalla tipologia di sintomi di esordio, dalla tempestività dell'intervento ed anche dalla compliance del paziente. Di fatti soggetti con esordio acuto, sesso femminile, aderenti al trattamento, in cui il trattamento è stato iniziato precocemente, sintomatologia attiva di breve durata, ed età d'esordio più tardiva, buon funzionamento pre-morbo e la presenza di una rete informale di supporto risultano essere associati ad una prognosi migliore (Andreoli, Cassano & Rossi, 2000). Al contrario il sesso maschile, l'esordio insidioso caratterizzato dalla prevalenza di sintomi negativi, l'età precoce, lo scarso funzionamento pre-morbo, l'assenza di una rete informale di sostegno e l'assenza di fattori predisponenti rappresentano dei fattori prognostici sfavorevoli (Bressi & Invernizzi, 2008).

Possiamo individuare principalmente due differenti decorsi nella Schizofrenia. Il decorso può essere continuo, ossia caratterizzato da una progressione cronica del disturbo; oppure possiamo anche osservare un decorso episodico, caratterizzato da fasi acute di malattia e periodi di remissione più o meno completa (Betti & Di Fiorino, 1997). Alcuni studi effettuati negli ultimi anni hanno portato alla luce alcuni dati, i quali possono illustrarci la prognosi dei soggetti affetti da schizofrenia: circa il 20% giunge ad una remissione più o meno completa, il 30% giunge invece ad un deterioramento rapido e progressivo, mentre il 50% dei soggetti giunge ad un adattamento patologico, ossia ad una cronicizzazione (Lalli, 1999).

Un altro elemento prognostico è rappresentato dall'entourage del paziente, di fatti se il soggetto si trova circondato da una rete informale solidale e di supporto sarà minore l'incidenza di ricadute e la severità delle stesse (Lalli, 1999).

## **2.7 L'infermiere psichiatrico**

Secondo il profilo di competenze l'infermiere dovrebbe e deve ricoprire molteplici ruoli, i quali se congiunti permettono un'ottimale presa in cura del paziente, ogni infermiere dovrebbe declinare la propria professione al fine di offrire interventi volti al soddisfacimento dei bisogni del paziente, a tale scopo sono di fondamentale importanza gli interventi di natura tecnica, relazionale e educativa (Brugnolli & Saiani, 2013). Gli interventi preposti non devono declinarsi unicamente alla pratica infermieristica, devono bensì ricongiungersi ed interagire anche con quelli svolti e proposti dagli altri

professionisti sanitari al fine di garantire l'applicazione delle prescrizioni emesse; per perseguire tale scopo l'infermiere ha il compito di mantenersi costantemente aggiornato attraverso la ricerca di nuove conoscenze utili all'implementazione della propria pratica (Brugnolli & Saiani, 2013).

Come riportato dal Profilo di competenze dell'infermiere SUP, l'infermiere nella pratica ha il ruolo di Health Advocate ossia di promotore della salute, in tal senso deve basare il proprio operato sulle proprie conoscenze interessandosi alla salute ed alla qualità di vita dei pazienti perseguendo un concetto di promozione della salute (Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Svizzere [CRUS], 2011). La pratica infermieristica prevede anche il rispetto del ruolo di apprendente insegnante, ove l'infermiere opera attraverso pratica riflessiva e l'applicazione del sapere basato su prove di efficacia (CRUS, 2011). In tal senso è necessario che ogni intervento o procedura terapeutica proposta ed iniziata da un altro professionista della salute venga anche attuata e perseguita dall'infermiere al fine di poter ottenere un percorso terapeutico e di cura completo, ove tutto assume continuità. Di fatti proprio nella schizofrenia emerge la necessità di attuare un lavoro di rete, in cui il disturbo assume rilevanza e viene affrontato sia dal punto di vista psicodinamico, psicosociale e psicobiologico, ciò permette una visione unitaria ed allo stesso tempo globale del soggetto, dove tutti i suoi bisogni vengono considerati e soddisfatti (Fassino, Daga & Leombruti, 2007). Da qui ne derivano quindi interventi e cure di tipo farmacologico, familiare, psicoterapeutico e riabilitativo, i quali coesistono al fine di poter offrire al paziente un piano di cura armonico e adatto alle proprie necessità (Fassino, Daga & Leombruti, 2007).

Ricoprire l'incarico di infermiere psichiatrico richiede un costante uso delle proprie doti personali oltre che quelle teoriche apprese durante la formazione. Di fatti in ambito psichiatrico molto spesso le capacità pratiche passano in secondo piano se confrontate con le doti personali del saper entrare in relazione con l'altro. Far sì che s'instauri una relazione di fiducia tra infermiere ed assistito è il punto di partenza necessario per poter aiutare l'altro.

L'accoglienza risulta essere alla base della costruzione di un rapporto di reciproca fiducia. L'infermiere deve quindi accogliere l'altro, senza giudizio, deve essere disponibile ad accogliere il paziente, i suoi pensieri, le sue preoccupazioni e le sue paure mantenendo sempre e comunque un atteggiamento professionale e ponendo dei limiti entro i quali stare (Betti & Di Fiorino, 1997).

Saper ascoltare è un'altra delle capacità fondamentali e necessarie, con ascoltare non s'intende solo sentire ciò che l'altro ci sta comunicando, bensì significa comprendere le necessità ed anche le richieste implicite che soggiacciono dietro ciò che viene trattenuto (Betti & Di Fiorino, 1997).

Punto cardine è anche il saper osservare sia ciò che è manifesto sia ciò che viene ritenuto, è quindi di fondamentale importanza non soffermarsi solo a ciò che appare ai nostri occhi in un determinato momento, ma concentrarsi anche in ciò che non è concretamente valutabile perché non tangibile fisicamente. Bisogna prestare molta attenzione ai gesti, alla mimica e a tutto ciò che non è verbale, molto spesso infatti è proprio osservando l'altro che possiamo percepire quale sia il suo stato d'animo e se vi è qualcosa che vorrebbe essere esplicitato ma non lo è (Betti & Di Fiorino, 1997).

L'infermiere svolge il ruolo di contenitore emotivo ed anche di barriera con il mondo esterno, aiutando il paziente a rientrare in relazione con esso. In qualsiasi intervento intrapreso il tempo rappresenta un punto fondamentale, non bisogna pretendere un recupero immediato, anzi bisogna offrire al soggetto tempo per aprirsi, per entrare in relazione e sviluppare fiducia in noi e far sì che poi egli accetti di essere accompagnato ed aiutato. Indipendentemente dal percorso terapeutico intrapreso, è necessario che tra

infermiere ed assistito s'instauri un rapporto di fiducia reciproca, interesse e collaborazione (Carrà, Barale & Marinoni, 2004). Ciò è doveroso al fine di poter ottenere un'aderenza terapeutica ove l'assistito è il soggetto e l'attore principale di tutto il percorso terapeutico e partecipa attivamente alla presa di decisioni (Carrà, Barale & Marinoni, 2004).

## **2.8 Terapia**

Trattandosi di un disturbo caratterizzato da una sintomatologia molto variegata che compromette la componente sociale e lavorativa oltre che quella personale è necessario un trattamento che si basi su di una riabilitazione bio-psico-sociale. Ossia un approccio basato su interventi non solo farmacologici, ma anche psico-educativi e riabilitativi, al fine non solo di controllare l'evoluzione del disturbo ma anche di offrire al soggetto un reinserimento sociale, lavorativo, familiare e il mantenimento di una buona qualità di vita.

### **2.8.1 Terapia farmacologica**

La terapia farmacologica è fondamentale nel controllo della schizofrenia, l'obiettivo primario della farmacoterapia è quello di permettere al soggetto di mantenere una buona qualità di vita e limitare per quanto possibile le riacutizzazioni della sintomatologia (Carrà, Barale & Marioni, 2004).

La prescrizione farmacologica vede come prima scelta l'utilizzo di antipsicotici ed in alcuni casi stabilizzatori dell'umore, ciò nonostante, la prescrizione deve sempre tener conto della sintomatologia, effetti collaterali e terapie pregresse non portate a termine. È necessario sottolineare che nonostante la terapia farmacologica possa offrire un buon controllo del disturbo, molto spesso essa non viene assunta o viene rifiutata e ciò implica una riacutizzazione con conseguenti ricadute. Per tali motivi non è sufficiente chiedere al paziente di seguire la terapia e consegnargli la prescrizione medica è altresì necessario intervenire con un accompagnamento mirato con condivisione di obiettivi ed aspettative evitando in ogni modo l'imposizione, ma accogliendolo e accompagnandolo.

I farmaci antipsicotici ad oggi utilizzati mostrano una buona efficacia nel trattamento e nella remissione della sintomatologia positiva, nella prevenzione di recidive e nel miglioramento della qualità di vita, ma d'altra parte l'efficacia risulta minore nel trattamento della sintomatologia negativa (Pancheri, 2007).

Gli antipsicotici classici, definiti tipici, furono introdotti a partire dagli anni '50 e sin a subito rappresentarono il trattamento di prim'ordine per il trattamento della schizofrenia ed altri disturbi psicotici; questa classe di antipsicotici ha un effetto di tipo antagonista a livello dei recettori D<sub>2</sub> per la dopamina ed un'affinità per altri recettori (serotoninergici, colinergici...) (Carrà, Barale & Marioni, 2004). Tuttavia, è stato dimostrato che tale azione sui recettori implica la comparsa di una sintomatologia collaterale non indifferente, come l'insorgenza di effetti collaterali extra-piramidali come parkinsonismo e discinesia ed anche altri effetti di tipo sedativo ed ipotensivo (Carrà, Barale & Marioni, 2004).

Negli ultimi anni sono emersi nuovi farmaci antipsicotici definiti atipici, si tratta di antipsicotici di nuova generazione come la Clozapina, questi farmaci hanno minore affinità con i recettori D<sub>2</sub> e sono in grado di agire in maniera più elevata a livello dei recettori D<sub>4</sub> ed altri recettori serotoninergici (Carrà, Barale & Marioni, 2004). Hanno inoltre dimostrato una riduzione degli effetti collaterali EPS (sintomi extra-piramidali) tipici degli antipsicotici classici ed anche una riduzione sul lungo termine di altri effetti collaterali, inoltre, ciò che assume ancor più rilevanza è soprattutto la loro maggiore efficacia clinica, particolarmente nei soggetti resistenti e non responsivi al trattamento standard (Carrà, Barale & Marioni, 2004). L'azione degli SDA (farmaci antipsicotici atipici) porta ad un

miglioramento della sintomatologia positiva (allucinazioni, agitazione, deliri...), negativa (anedonia, apatia, isolamento...) ed anche dei sintomi cognitivi (Sadock & Sadock, 2003). Gli antipsicotici, ad oggi, sono disponibili in forme galeniche differenti, sono di fatti disponibili per l'assunzione orale, endovenosa o intramuscolare (Depot, questa forma permette di beneficiare di un effetto a media-lunga azione) (Carrà, Barale & Marioni, 2004).

In concomitanza con l'utilizzo di antipsicotici il trattamento può prevedere anche l'assunzione di altri farmaci come: antiepilettici, antidepressivi, benzodiazepine, stabilizzatori dell'umore e anticolinergici, ciò in quanto spesso gli antipsicotici da soli non sono in grado di controllare totalmente la sintomatologia e/o il soggetto deve assumere questi ultimi al fine di controllare degli effetti secondari o gli effetti collaterali dati dagli antipsicotici (Carrà, Barale & Marioni, 2004).

Nonostante la loro estrema validità i farmaci antipsicotici sono in grado di migliorare la componente cognitiva solo parzialmente, per questo motivo è necessaria, in concomitanza con l'assunzione di farmaci, anche l'utilizzo di interventi non farmacologici volti al recupero del funzionamento cognitivo (Vita, 2013).

## **2.9 Approccio cognitivo**

L'approccio cognitivo è un approccio che ci permette di comprendere ciò che arreca disturbo al paziente partendo dall'attribuzione di significato che il paziente dà agli eventi. Di fatti il significato che noi attribuiamo agli eventi deriva quasi sempre da dei pensieri automatici, ossia delle associazioni involontarie ed automatiche che rappresentano per noi una modalità coerente e costante con la quale abbiamo sempre agito (Caviglia & Perrella, 2009).

Questi modelli cognitivi rappresentano un riflesso incondizionato, questi pensieri e modalità d'azione raffigurano il più delle volte un vissuto emotivo antecedente il quale ci fa attribuire agli eventi determinati significati che si rispecchiano poi sul nostro agito e su come viviamo determinati avvenimenti della vita (Caviglia & Perrella, 2009).

Secondo l'approccio cognitivo alla base di alcuni disturbi vi sono degli schemi cognitivi disfunzionali ossia rigidi ed indifferenziati (Caviglia & Perrella, 2009).

L'individuo si trova ad applicare il medesimo schema di pensiero in situazioni differenti, attribuendo quindi medesimi significati a eventi scollegati tra loro. I cognitivisti concludono sostenendo che il disturbo psicologico è riconducibile a degli schemi cognitivi disfunzionali, e per intervenire è quindi necessario individuare e comprendere quali significati vengono attribuiti alle situazioni e cercare di modificare questo automatismo (Caviglia & Perrella, 2009).

### **2.9.1 Approccio comportamentale**

Secondo l'approccio comportamentale, il comportamento osservabile dell'individuo è determinato da una serie di processi appresi dall'individuo nel corso della propria vita, in tal senso l'azione individuale non è determinata da processi inconsci bensì da schemi comportamentali appresi e procrastinati sino all'età adulta (Biondi et al., 2014). Nell'ambito dei disturbi psichici, come nella schizofrenia, è appurato che vi siano delle modalità di comportamento disfunzionali, ovvero delle modalità comportamentali inadeguate al contesto in cui si manifestano (Biondi et al., 2014).

### **2.9.2 Terapia cognitivo comportamentale (CBT)**

La terapia cognitivo comportamentale è una terapia basata sulla fusione e sull'utilizzo di due distinte terapie psicologiche, che sono quella cognitiva e quella comportamentale (Norman & Ryrie, 2013) fu impiegata per la prima volta per il trattamento della

depressione negli anni '70 per poi evolversi ed essere applicata per il trattamento di altri disturbi come la schizofrenia (Carrà, Barale & Marioni, 2004). Si tratta di un approccio terapeutico che ha come scopo l'illustrazione delle risposte emotive, fisiche e comportamentali che le persone manifestano dopo essere state esposte a determinate esperienze ed anche il significato che il soggetto attribuisce ad esse (Norman & Ryrie, 2013). D'altra parte, la terapia comportamentale, basata sulle teorie dell'apprendimento e quindi sul condizionamento classico ed operante, è a sostegno che la presenza/assenza di associazioni e rinforzi positivi o negativi sia determinante nel far sì che il comportamento del soggetto sia sostenuto o estinto (Norman & Ryrie, 2013). Il disagio è quindi presente là dove i pensieri diventano automatici e assumono una connotazione negativa, rigida, distorta ed involontaria (Norman & Ryrie, 2013). Secondo il modello della CBT vi è un collegamento tra sentimento, pensiero e comportamenti, per tale motivo nel momento in cui vi è un cambiamento negativo all'interno di uno dei tre precedenti elementi si ha una modificazione in senso negativo anche dei restanti due, si crea così un circolo vizioso che porta allo sviluppo di un disagio dal punto di vista psicologico (Norman & Ryrie, 2013). Il modello della CBT ha lo scopo di evidenziare che non sono gli eventi della vita che portano allo sviluppo della patologia bensì la rilevanza è data da come l'individuo percepisce, interpreta ed agisce agli eventi (Norman & Ryrie, 2013).

Per il soggetto affetto da schizofrenia le esperienze psicotiche rappresentano quindi una continuazione della normalità, per tale motivo è necessario ascoltare il paziente, i suoi sintomi e cercare di capire il senso che egli attribuisce ad essi al fine di comprendere se e quali associazioni esistono tra la sua esperienza di vita, le sue credenze e la sua percezione degli eventi (Carcione, Nicolò & Procacci, 2012). Ciò permette di accompagnare il paziente attraverso una valutazione ed attribuzione di significati più razionale volta alla comprensione ed al raggiungimento di una qualità di vita più ottimale (Carcione, Nicolò & Procacci, 2012).

Lo scopo di tale terapia è correggere gli errori di pensiero ed interpretazione, al fine di ristabilire delle risposte comportamentali adeguate e funzionali (Norman & Ryrie, 2013). Diverse sono le modalità attraverso le quali la CBT viene erogata ai pazienti, si può di fatto ricorrere a interventi individuali o di gruppo, la frequenza delle sedute è molto variabile, tendenzialmente però si ricorre a sedute settimanali o bi-settimanali per la durata di un periodo che va dai quattro ai nove mesi (Bustillo, 2022).

I pazienti a seguito delle sedute di CBT sono in grado di sviluppare la capacità di riformulare i propri deliri ed allucinazioni innescando così un distanziamento psicologico da essi e diminuendone la frequenza ed intensità (Bustillo, 2022).

La CBT ha dimostrato anche efficacia per ciò che concerne il miglioramento dell'aderenza alla terapia farmacologica, la diminuzione della sintomatologia positiva e negativa, l'aumento dell'insight (ossia della consapevolezza della propria malattia) e la riduzione del drop-out (interruzione improvvisa della terapia farmacologica), favorendo implicitamente una migliore riuscita del trattamento e del percorso terapeutico (Carcione et al., 2012). L'efficacia di questo trattamento è maggiormente riscontrabile in soggetti che manifestano una sintomatologia positiva persistente, si dimostra invece essere minormente risolutiva nei soggetti con nuova diagnosi e in quelli che manifestano esacerbazioni acute della sintomatologia psicotica (Bustillo, 2022).

### **3. METODOLOGIA PREVISTA**

Quando parliamo di ricerca infermieristica facciamo riferimento ad un lavoro di ricerca condotto dall'infermiere allo scopo di sviluppare ed avvalorare le proprie conoscenze professionali ed in tal senso arrecare miglioramento alla propria pratica clinica (Poisson,

2007). Si tratta di un processo volto alla ricerca, all'implementazione ed alla formulazione di conoscenze già esistenti o nuove in merito a svariati ambiti, come quello preventivo, curativo, educativo e non solo (Sironi, 2010). Ad oggi la ricerca infermieristica assume il nome di *Evidence-Based Nursing (EBN)*, con il termine *Evidence* si vuole sottolineare che il risultato della ricerca infermieristica deve assumere una connotazione tendenzialmente assoluta e quindi essere verificabile, misurabile e soprattutto dimostrabile al fine di assumere il valore di verità (Sironi, 2010). Nell'ambito della ricerca l'infermiere può fare riferimento ed utilizzare svariate metodologie, le quali devono essere in linea con l'argomento d'interesse, la reperibilità di materiale ed anche lo stato dell'arte dell'argomento scelto (Sironi, 2010). Per la redazione del mio lavoro di Bachelor ho deciso di svolgere una revisione della letteratura e quindi ricercare all'interno della letteratura già presente dati riguardanti il mio ambito d'interesse con la possibilità di confrontarli ed in tal senso poter giungere a conclusioni chiare che non si limitino alla sola consultazione di una fonte, bensì molteplici, le quali essendo state svolte da differenti ricercatori potranno in conclusione smentire o rafforzare la nostra tesi o anche non portarci ad una chiara conclusione.

Quando parliamo di revisione della letteratura facciamo riferimento ad una sintesi scritta di molteplici articoli presenti in letteratura, i quali argomentano il medesimo quesito di ricerca, ma che potrebbero anche avvalersi di criteri di ricerca o inclusione differenti (Beck & Polit, 2014). Si tratta quindi di uno studio scientifico basato su un rigoroso riassunto delle evidenze presenti in letteratura (Brugnolli & Sainai, 2013). Per poter ottenere una revisione valida è necessario che gli articoli presi in esame provengano da fonti primarie, ovvero scritti ed elaborati dal ricercatore che ha condotto per primo l'analisi, ciò ci permette di analizzare dati primari e privi di manipolazioni (Beck & Polit, 2014). Il ricercatore ha come obiettivo quello di indagare all'interno della letteratura alla ricerca di evidenze scientifiche ed in tal senso esaminarle, confrontarle e trovarne i punti in comune come anche le lacune di conoscenza presenti in esse; è per tale motivo che prima di iniziare la ricerca è necessario dichiarare criteri d'inclusione ed esclusione ben chiari, i quali ci permetteranno di confrontare studi che perseguono il medesimo obiettivo ed indagano la medesima popolazione (Beck & Polit, 2014).

Svolgere una revisione della letteratura implica l'analisi critica dei dati già disponibili in merito ad un determinato argomento come anche permette di evidenziare ciò che sino ad ora risulta non essere ancora chiaro o conosciuto (Sironi, 2010).

Per svolgere una revisione chiara e comprensibile è necessario svolgere la propria ricerca seguendo alcuni passi fondamentali, i quali verranno di seguito esplicitati e descritti.

Il primo passo prevede l'individuazione dell'ambito d'interesse, solitamente l'ambito d'interesse dovrebbe rispecchiare un argomento o una pratica già conosciuta ed utilizzata in ambito clinico; si tratta di un argomento, il quale cattura particolarmente il nostro interesse e ci spinge a volerlo approfondire (Sironi, 2010). Questo primo passo rappresenta uno dei più fondamentali in quanto è proprio qui che dovremo delineare l'area o il problema che desideriamo indagare e sul quale si baserà tutto il nostro lavoro.

La domanda di ricerca relativa al problema/tema identificato da me selezionata è:

**“Terapia cognitivo comportamentale (CBT) applicata da infermieri a pazienti affetti da schizofrenia, vi sono efficacia e benefici in termini clinici?”**

Nel mio caso non formulerò una domanda PICO in quanto non sarà presente il confronto, mi avvarrò quindi di una domanda di ricerca PIO:

P (popolazione)→ soggetti con diagnosi di schizofrenia

I (intervento)→ terapia cognitivo comportamentale (CBT) applicata dal personale infermieristico

O (outcome/esito)→ benefici ed efficacia in termini clinico/prognostici

Il secondo passo prevede l'inizio della ricerca, sarà qui necessario, in base alle conoscenze possedute e no, ricercare fonti bibliografiche che trattino la nostra area d'interesse (Sironi, 2010). Le fonti reperibili potranno essere sia consultabili all'interno dei testi sia all'interno di banche dati, in questo momento sarà per noi possibile capire dove si colloca l'argomento da noi scelto e se la disponibilità di materiale in letteratura è limitata o cospicua (Sironi, 2010).

Nel mio caso sono stati selezionati studi primari a partire dagli anni 2000 sino ad oggi; le banche dati consultate sono state molteplici, tra le quali pubmed, CHINAL (EBSCO), Chocrane, UpToDate, Medline. Durante la ricerca sono stati applicati operatori booleani come AND, OR e NOT e sono state utilizzate le seguenti keyword: *Schizophrenia, disease, nurse role/skills, CBT (cognitive behaviour therapy), benefits, outcome...*

Dalla ricerca sono emersi molteplici studi, ma non tutti pertinenti, di fatti alcuni studi si limitavano all'applicazione della CBT in altre patologie e non esclusivamente alla schizofrenia, altri invece rappresentavano delle revisioni e non degli studi primari, altri ancora risalivano ad anni di pubblicazione precedente al 2000; forse l'aspetto più limitante della mia ricerca è stato la poca disponibilità di studi che trattassero la CBT applicata al paziente schizofrenico e che comprendessero anche il ruolo che l'infermiere riveste durante lo svolgimento di tale terapia.

Un altro aspetto parzialmente vincolante, ma che sono riuscita ad affrontare, era dovuto alla lingua. Di fatti la maggior parte degli articoli presenti all'interno delle banche dati sono in lingua inglese e nonostante le mie conoscenze di base della lingua è stato tal volta complesso tradurre alcuni termini. Per questo motivo ho ritenuto necessario ricorrere ad un'applicazione di traduzione e mi sono impegnata ad applicare tutte le mie capacità al fine di riuscire a contestualizzare e comprendere al meglio ciò che veniva esplicitato dagli articoli presi in esame. Ritengo che questo *gap* da me riscontrato sia stato solo in minima parte uno svantaggio in quanto riconosco che per la maggior parte mi abbia spronata maggiormente ad approfondire ed implementare le mie capacità di analisi e comprensione.

Il terzo passo implica una delimitazione dell'ambito di ricerca, in tal senso sarà necessario esaminare il materiale disponibile in letteratura e comprendere se ciò che viene da esso esplicitato sia di nostro interesse, in caso contrario sarà necessario eliminare le fonti irrilevanti per la nostra ricerca (Sironi, 2010). Nel campo della ricerca sarà utile leggere attentamente gli Abstract degli articoli al fine di individuare se ciò che viene esplicitato rispecchia i nostri criteri o meno (Sironi, 2010).

I criteri d'inclusione utilizzati per la ricerca degli studi sono stati: soggetti di età compresa tra i 16 ed i 65 anni, con diagnosi di schizofrenia ed in trattamento farmacologico, privi di diagnosi secondarie e con presenza refrattaria e persistente di sintomi positivi/negativi, gli studi osservati dovevano inoltre considerare l'applicazione della CBT e confrontarla con l'utilizzo di un trattamento terapeutico routinario o alternativo ed in tal senso far emergere le diversità e le differenze in termini prognostici.

Una volta individuata la letteratura di nostro interesse (quarto passo) sarà utile organizzarla e analizzarla criticamente per poterla poi sintetizzare e renderla più facilmente consultabile e comprensibile (Sironi, 2010).

Il quinto passo consiste nel verificare se il materiale reperito e consultato sia effettivamente in linea con il nostro ambito di studio e che rispecchi quindi la problematica

che vogliamo indagare ed anche i criteri d'inclusione da noi definiti inizialmente (Sironi, 2010).

Il sesto passo consiste in una lettura critica ed imparziale delle fonti reperite, ciò prevede un'analisi oggettiva delle fonti ed anche una classificazione delle stesse in base all'affinità che esse hanno con la nostra domanda di ricerca (Sironi, 2010).

Il settimo passo prevede la sintesi dei dati ritenuti peculiari per l'ambito di ricerca (Sironi, 2010). In questa fase è stato utile redigere una tabella riassuntiva, la quale comprendesse le caratteristiche di ogni studio ed in tal senso ne permettesse il confronto (**Allegato n°1**).

L'ottavo passo implica la stesura dell'indice, il quale deve comprendere ogni paragrafo e sottoparagrafo presente all'interno della revisione, solitamente questo processo prevede che vi sia un'introduzione, il corpo del testo e delle conclusioni chiare e puntuali (Sironi, 2010). Il nono passo consiste nella stesura della revisione, la quale come già indicato nell'ottavo passo dovrà essere strutturata in modo chiaro e comprensibile, sarà quindi composta dall'introduzione, che prevede l'esplicitazione chiara dell'argomento, l'ambito di ricerca, lo scopo della ricerca e la rilevanza che l'argomento prescelto assume (Sironi, 2010). La descrizione, che prevede l'esposizione della metodologia scelta nel corso dell'individuazione delle fonti (in questo caso è stata descritta la revisione della letteratura), la specificazione dei motori di ricerca utilizzati e quindi delle banche dati, riviste e siti a cui ci si è affidati ed anche l'esplicitazione delle parole chiave utilizzate, degli operatori booleani ed i criteri utilizzati per l'inclusione o meno degli studi analizzati (Sironi, 2010). La parte centrale o corpo principale, la quale prevede la descrizione delle fonti prese in considerazione (Sironi, 2010).

Sarà poi necessario mettere in atto una sintesi critica degli studi presi in esame, confrontandoli tra loro, in questa fase emergeranno sia i punti di forza sia i punti critici degli studi esaminati (Sironi, 2010). Al termine (decimo passo) sarà necessario formulare delle conclusioni chiare, le quali riprendano e riassumano i punti fondamentali e possa offrire delle chiare raccomandazioni per la pratica clinica ed anche per le future ricerche (Sironi, 2010).

L'undicesimo ed ultimo passo prevede una rilettura e verifica dell'intero testo ed anche delle citazioni bibliografiche, questo processo richiede attenzione e ci può permettere di correggere errori che durante la stesura del testo sono passati inosservati (Sironi, 2010).

### **3.1 Obiettivi del lavoro**

- L'obiettivo primo di tale elaborato è comprendere se ed in che modo la terapia cognitivo comportamentale (CBT) può apportare benefici al soggetto affetto da schizofrenia.
- Indagare e comprendere quali sono i benefici dal punto di vista prognostico dell'utilizzo della terapia cognitivo comportamentale con il paziente affetto da Schizofrenia.
- Osservare come l'infermiere può applicare la CBT nel percorso terapeutico.
- Acquisire competenze teoriche utili al mio ruolo professionale ed applicabili alla mia futura pratica professionale.

## **4. ANALISI**

Per la redazione del presente lavoro di tesi sono stati ricercati all'interno delle banche dati studi primari riguardanti l'applicazione della terapia cognitiva comportamentale (CBT) nei soggetti affetti da schizofrenia. Tale ricerca ha voluto mantenere criteri d'inclusione più ampi in modo tale da poter reperire quanto più materiale possibile trattandosi di una terapia non ancora molto conosciuta ed utilizzata. Gli studi prescelti sono 9, altri sono stati esclusi in quanto non si limitavano al solo trattamento della schizofrenia o comunque non includevano la schizofrenia tra i disturbi diagnosticati ai partecipanti ed in tal senso non rientravano nell'ambito di mio interesse. Gli articoli selezionati sono stati pubblicati a partire dall'anno 2003, studi precedenti sono stati esclusi in quanto considerati poco attuali.

Al fine di poter riportare un'analisi chiara dalla quale possano emergere le peculiarità ed anche i risvolti positivi della CBT verranno di seguito riportate sinteticamente le peculiarità e le caratteristiche di ogni studio ed anche gli ambiti ove tale terapia ha riscontrato maggior beneficio per i pazienti trattati; I tre ambiti che verranno analizzati sono: riduzione delle manifestazioni sintomatologiche della schizofrenia, ri-ospedalizzazioni e degenza media e miglioramento del funzionamento psico-sociale. Questa scelta è stata fatta in quanto rappresentano a mio parere gli ambiti in cui è maggiormente doveroso intervenire nel trattamento del soggetto schizofrenico, ciò in quanto si tratta di dimensioni che se non trattate e portate a miglioramento portano ad un aumento della disabilità ed un peggioramento progressivo della malattia stessa.

### **4.1 Descrizione degli studi selezionati**

#### **4.1.1 *Tayside – Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms.***

Durham et al. (2003) per lo svolgimento del proprio studio hanno selezionato 66 partecipanti, i quali rispettavano i seguenti criteri d'inclusione: soggetti con diagnosi di schizofrenia, età compresa tra i 16 e i 65 anni, con sintomatologia positiva residua (deliri e/o allucinazioni) e sottoposti ad un trattamento farmacologico stabile da almeno 6 mesi. I partecipanti sono poi stati attribuiti casualmente ad uno dei tre gruppi: 22 CBT (più terapia di base), 23 SPT (supportive psychotherapy più terapia di base) e 21 TAU (treatment as usual). In seguito, sono stati sottoposti alla terapia prescelta per un periodo totale di 9 mesi e sottoposti ad un follow-up al termine della terapia ed anche a 3 mesi dalla conclusione della terapia. Anche questo studio vede come erogatori della terapia degli infermieri specializzati in salute mentale.

#### **4.1.2 *Evaluating the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment of Residual Symptoms and Impairment in Schizophrenia***

Per lo svolgimento dello studio di Bradshaw & Roseboroug (2004) è stato svolto un progetto di ricerca AB a sistema singolo, il quale vede coinvolti 22 partecipanti rispettivamente divisi in gruppo A (fase iniziale) e gruppo B (fase d'intervento con CBT), al fine di poter valutare i risultati ottenuti è stata svolta una valutazione pre/post trattamento. I criteri d'inclusione prevedevano che il campione avesse un'età compresa tra i 18 ed i 60 anni, una diagnosi di schizofrenia basata sui criteri DSM-IV, aderenza alla farmacoterapia di almeno 6 mesi e persistente sintomatologia nonostante il trattamento farmacologico. Al fine di poter ottenere dati validi e sufficienti per una valutazione i partecipanti sono stati assegnati a tre differenti periodi d'intervento, a 6 mesi dalla valutazione iniziale sono stati sottoposti a CBT i primi 7 partecipanti, a 9 mesi l'intervento CBT è stato introdotto dall'8° al 14° partecipante e a 12 mesi dal 15° al 22°. L'intervento di CBT è stato svolto per un totale di 18 mesi con sessioni settimanali di 1 ora.

#### **4.1.3 Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication.**

Per lo svolgimento dell'rct di Valmaggia et al. (2005) sono stati selezionati 72 soggetti, i quali avessero come criteri di inclusione: età compresa tra i 18 ed i 70 anni, diagnosi di schizofrenia, manifestazione residua di episodi allucinatori o deliranti negli ultimi 3 mesi, e sottoposti ad un regime di terapia farmacologica stabile. Di questi 72 solamente 62 sono stati ritenuti adeguati ai criteri d'inclusione ed hanno accettato di partecipare allo studio. I partecipanti sono poi stati divisi casualmente in due gruppi, 36 di loro sono stati assegnati al gruppo CBT mentre gli altri 26 al gruppo sottoposto a counselling. I partecipanti sono quindi stati sottoposti a 22 settimane di terapia.

#### **4.1.4 A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fcbt) for schizophrenia**

Per lo svolgimento dell'rct di Cather et al. (2005) sono stati selezionati 30 soggetti affetti da schizofrenia o disturbo schizo-affettivo. I criteri d'inclusione utilizzati per reclutare i partecipanti allo studio sono: età compresa tra i 18 ed i 65 anni, soggetti in trattamento con Olanzapina da almeno 6 mesi e dose stabile d'assunzione da almeno 30 giorni, sintomi psicotici residui. Dopo la selezione del campione i partecipanti sono stati assegnati in modo casuale (tenendo conto della gravità dei sintomi e del sesso) ad uno dei due gruppi di trattamento, ossia gruppo di trattamento con CBT e gruppo di trattamento psicoeducativo (PE). Entrambi i gruppi hanno ricevuto il trattamento un'ora a settimana per un periodo totale di 16 settimane. È stata eseguita una valutazione sia all'inizio della terapia sia alla fine, ossia a 16 settimane, tale valutazione è stata svolta da intervistatori ciechi rispetto alle condizioni di trattamento (blind interviewers).

#### **4.1.5 Outcomes of an effectiveness trial of cognitive- behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia**

Per eseguire questo studio RCT di Turkington et al. (2006) sono stati selezionati 694 potenziali partecipanti, solo 422 soggetti sono stati ritenuti adeguati ed hanno accettato di partecipare allo studio. I partecipanti sono stati rispettivamente ripartiti in due gruppi, il primo gruppo è stato sottoposto ad un trattamento con CBT, mentre il secondo ad un normale trattamento. La valutazione è stata svolta all'inizio della terapia e dopo 1 anno. Peculiarità di questo studio è che siano stati degli infermieri, a seguito di un'adeguata formazione, a erogare la CBT.

#### **4.1.6 A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up.**

All'interno dello studio di controllo randomizzato (RCT) condotto da Turkington et al. (2008) sono stati selezionati 90 soggetti con diagnosi di schizofrenia, i quali nonostante il trattamento farmacologico (di almeno 6 mesi) presentavano persistenti manifestazioni allucinatorie e/o deliranti.

Dei 90 soggetti 46 sono stati assegnati casualmente al gruppo di trattamento con Cognitive behavioral therapy (CBT) e 44 al gruppo di trattamento Befriending (BF). Entrambi i trattamenti CBT e BF sono stati erogati da infermieri psichiatrici formati, i quali sono stati supervisionati da un terapeuta per tutta la durata della terapia. Durante i 5 anni di studio sono stati effettuati 3 follow-up, rispettivamente a 9 mesi, 18 mesi e 5 anni.

#### **4.1.7 Cognitive Behaviour Therapy for Psychotic Symptoms: A Randomized Controlled Effectiveness Trial**

Krakvik et al. (2013) hanno condotto un RCT reclutando 45 soggetti i quali rispettassero i seguenti criteri: Diagnosi di schizofrenia o disturbo schizo-affettivo (ICD-10), sintomatologia allucinatoria e/o delirante residua negli ultimi 6 mesi ed età compresa tra i 18 e i 60 anni. Dei 45 partecipanti 23 sono stati assegnati in maniera randomizzata al gruppo di trattamento (CBT) e 22 di gruppo di controllo (TAU). Sono state svolte delle valutazioni rispettivamente all'inizio dello studio, dopo 6 mesi e a 12 mesi dal termine della terapia.

#### **4.1.8 Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China**

L'RCT condotto da Li et al. (2015) vede come partecipanti soggetti affetti da schizofrenia (DSM-IV), di età compresa tra i 18 ed i 60 anni, persistente sintomatologia positiva e/o negativa, in terapia farmacologica da almeno 4 settimane ed in grado di dare il proprio consenso informato. Sono stati selezionati 192 partecipanti, i quali sono stati attribuiti 96 al gruppo CBT e 96 al gruppo ST. Lo studio è durato complessivamente 84 settimane, di cui 24 settimane caratterizzate da 15 sessioni di terapia e 60 settimane di follow-up.

#### **4.1.9 Efficacy and durability of cognitive behavior therapy in managing hallucination in patients with schizophrenia**

Shukla et al. (2021) hanno condotto uno studio di conferma basato sulla valutazione pre/post trattamento con disegno di gruppo di controllo. I partecipanti dovevano rispettare i seguenti criteri d'inclusione: diagnosi di schizofrenia ICD-10, avere sintomi allucinatori, essere uomini e di età compresa tra i 20 ed i 50 anni, avere un livello d'istruzione almeno sino alla scuola primaria e dare il proprio consenso informato. Sono invece stati esclusi tutti coloro avessero delle comorbidità psichiatriche, neurologiche o fisiche, soggetti con ritardo mentale e poco collaborativi. I partecipanti allo studio sono stati 40, di cui 20 attribuiti al gruppo sperimentale CBT e 20 al gruppo di controllo.

## **4.2 Risultati**

### **4.2.1 Riduzione delle manifestazioni sintomatologiche della schizofrenia**

Dagli studi ed articoli selezionati si evince che la CBT apporta dei benefici, nei soggetti ad essa sottoposti, in molti ambiti, tra cui principalmente nella riduzione della sintomatologia generata dalla schizofrenia. Tali out-come sono di rilievo nella maggior parte degli studi indagati, nonostante vi siano anche altri benefici, essi sono quelli maggiormente analizzati ed anche osservati al termine della terapia. L'ambito sintomatologico verrà di seguito analizzato all'interno degli studi svolti da Bradshaw & Roseborough (2004), Cather et al. (2005), Valmaggia et al. (2005), Turkington et al. (2008), Turkington et al. (2006), Shukla et al. (2021) e Morrison et al. (2018).

Nello studio presentato da Bradshaw & Roseborough (2004) i partecipanti sono stati sottoposti a CBT una volta a settimana per 1 ora, per la durata totale di 18 mesi. Per la valutazione dei loro progressi in termini sintomatologici è stata utilizzata la scala GPI, la quale misura l'indice di patologia generale ed è stata utilizzata al fine di poter valutare la gravità dei sintomi psichiatrici. Al termine dello studio è stato possibile appurare, con l'ausilio della scala GPI, che l'82% dei partecipanti ha ottenuto un miglioramento significativo nel controllo della sintomatologia, con una riduzione della gravità di quest'ultima, mentre il 18% ha mostrato qualche miglioramento, nessuno ha mostrato peggioramenti o assenza di cambiamenti. In tal senso il paziente medio ha beneficiato di una riduzione della gravità della sintomatologia pari al 48%.

Lo studio condotto da Cather et al. (2005) prende in considerazione due gruppi di trattamento, ossia gruppo di trattamento con CBT e gruppo di trattamento psicoeducativo (PE); entrambi i gruppi hanno ricevuto il trattamento un'ora a settimana per un periodo totale di 16 settimane. È stata eseguita una valutazione sia all'inizio della terapia sia alla fine, ossia a 16 settimane. Al termine dello studio è stato rilevato che il 61% dei soggetti sottoposti a fcbt ha beneficiato di una riduzione della sintomatologia positiva e delle allucinazioni uditive, mentre nel gruppo sottoposto a PE solo il 31% ha beneficiato di una riduzione dei sintomi positivi e allucinazioni.

Nello studio di controllo randomizzato condotto da Valmaggia et al. (2005) i partecipanti sono stati divisi casualmente in due gruppi, 36 di loro sono stati assegnati al gruppo CBT mentre gli altri 26 al gruppo sottoposto a counselling. Il trattamento ha avuto luogo per la durata di 16 sessioni, la valutazione si è svolta all'inizio del trattamento, al termine ed anche un follow-up a 6 mesi dal termine del trattamento. È stato qui possibile appurare che i soggetti sottoposti a CBT hanno beneficiato di una diminuzione di circa il 20% della sintomatologia positiva sul breve termine, di cui soprattutto le allucinazioni uditive (durata, frequenza e volume), tali risultati non sono però stati ritenuti statisticamente significativi e non sono stati mantenuti al follow-up post trattamento.

Turkington et al. (2008) hanno svolto uno studio di controllo randomizzato in cui della durata di 5 anni, durante questi 5 anni sono stati svolti dei follow-up rispettivamente a 9 e 18 mesi e 5 anni. Nello studio è stato coinvolto un campione di 90 soggetti, dei quali 46 sono stati assegnati al gruppo di trattamento CBT e 44 al gruppo di trattamento befriending (BF).

Al follow-up di 5 anni è emerso che: il gruppo sottoposto a CBT ha avuto un miglioramento per quanto concerne la sintomatologia negativa (valutato attraverso la scala SANS) ed anche la sintomatologia generale. Per quanto concerne le scale CPRS e SCS che valutano rispettivamente un miglioramento della sintomatologia schizofrenica e degli episodi depressivi, in entrambi i gruppi vi sono stati dei miglioramenti, lievemente superiori nel gruppo CBT ma non statisticamente significativi.

Un altro studio condotto da Turkington et al. (2006) ha visto come partecipanti 225 soggetti sottoposti a CBT e 128 a trattamento befriending (BF).

Al follow-up di 12 mesi sono stati osservati nel gruppo di pazienti sottoposti a CBT, miglioramenti per quanto concerne l'insight e la sintomatologia negativa.

Non è stata invece rilevata alcuna differenza significativa in merito alla diminuzione di sintomi positivi ed episodi depressivi, è stato rilevato però che il gruppo sottoposto a cure abituali (BF) è a rischio di un peggioramento dello stato depressivo.

Considerando lo studio condotto da Shukla et al. (2021), a cui hanno partecipato 20 soggetti rispettivamente divisi in un gruppo sperimentale sottoposto a CBT ed uno di controllo, si osserva che in entrambi i gruppi non beneficiano di una riduzione statisticamente significativa dei sintomi allucinatori nel breve periodo. Ma che al follow-up di 3 mesi il gruppo sottoposto a CBT ottiene e mantiene costanti miglioramenti, ottenendo inoltre una riduzione delle allucinazioni uditive in durata, frequenza, e contenuti negativi ed anche una riduzione della sintomatologia clinica globale.

#### **4.2.2 Recidive, ri-ospedalizzazioni e degenza media**

La diminuzione delle ospedalizzazioni e la riduzione dei giorni medi di degenza viene affrontata solo negli studi di Turkington et al. (2008) e Turkington et al. (2006), qui viene dimostrato che i pazienti sottoposti a CBT, nonostante possano manifestare delle ricadute, sono soggetti ad una riduzione dei giorni di degenza media rispetto ai soggetti sottoposti a BF o trattamento abituale. Gli altri articoli selezionati non citano al loro interno eventuali cambiamenti in quelle che sono le ospedalizzazioni.

Nello studio condotto da Turkington et al. (2008) emerge che sia nel gruppo CBT sia BF non vi sono state differenze significative né per quanto concerne il numero di ri-ospedalizzazioni né per quanto riguarda i giorni di degenza. Si evidenzia però, per quanto riguarda i giorni totali trascorsi in ospedale, una tendenza a favore del gruppo di soggetti sottoposti al trattamento con CBT, difatti i giorni di ricovero ospedaliero sono 1323, contro i 2947 del gruppo sottoposto a BF. Mentre per quanto concerne il numero totale di pazienti ammessi in ambito ospedaliero emerge che in totale sono stati ammessi 41 soggetti, di cui 22 facenti parte del gruppo CBT e 19 del gruppo BF; al termine della valutazione, ossia al follow-up di 5 anni, i soggetti ricoverati erano in totale 26, rispettivamente 14 CBT e 12 BF.

Al fine di poter evidenziare eventuali benefici nei soggetti sottoposti a CBT Turkington et al. (2006) hanno rilevato il tasso di ospedalizzazioni e giorni di degenza in entrambi i gruppi, ciò con l'obiettivo di poter dimostrare in maniera concreta eventuali miglioramenti o peggioramenti ottenuti a seguito della terapia. Emerge che, prima dell'inizio della terapia, non vi sono significative differenze tra il gruppo di soggetti che verranno sottoposti a CBT ed il gruppo sottoposto a trattamento abituale per ciò che concerne le ri-ospedalizzazioni. Possiamo osservare che la media di ospedalizzazioni nel gruppo CBT corrisponde a 4,71, con un numero medio di giorni di degenza pari a 48,52; mentre nel gruppo sottoposto a trattamento abituale la media di ospedalizzazioni è 5,18 con un tasso di giorni di degenza pari 52,01. Al follow-up di 12 mesi, e quindi a seguito della terapia, i risultati precedentemente riportati subiscono delle mutazioni ed in tal senso scaturisce che i soggetti sottoposti a trattamento abituale hanno significativamente maggiori probabilità di essere riammessi in ospedale, di fatti il tempo medio trascorso tra l'inizio dello studio e la ricaduta è pari a 161 giorni contro 176 del gruppo CBT. Inoltre, i soggetti sottoposti a CBT i quali avevano avuto delle ricadute tendevano ad avere una degenza ospedaliera inferiore ai soggetti sottoposti a trattamento abituale. Da questi risultati emerge quindi che la CBT ha degli effetti significativamente benefici per ciò che concerne le riammissioni ospedaliere.

#### **4.2.3 Miglioramento del funzionamento psico-sociale**

Negli studi condotti da Li et al. (2015), Bradshaw & Roseboroug (2004), Cather et al. (2003), Krakvik et al. (2013) e Shukla et al. (2021) è evidente che la CBT se paragonata ad altri trattamenti o al solo trattamento farmacologico porta ad esiti di miglioramento del funzionamento sociale in maniera rilevante. Ciò implica quindi un beneficio per ciò che concerne le ADL, AVQ, partecipazione sociale, cura di sé e relazioni personali/sociali. Questo aspetto è estremamente rilevante proprio perché nella schizofrenia la maggior parte, se non tutte queste aree vengono inficiate in maniera negativa e portano il soggetto ad un repentino isolamento con perdita dei contatti con l'esterno ed anche deficit nella cura di sé.

All'interno dello studio condotto da Shukla et al. (2021) viene utilizzata come criterio di valutazione la scala GAF (Global Assessment of Functioning) (Allegato n°2), trattasi di una scala di valutazione che considera il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo dell'individuo.

Emerge qui che non vi è alcun cambiamento o miglioramento significativamente rilevante nel gruppo di controllo né al momento della valutazione finale né a quello del follow-up, dove anzi risulta esservi un deterioramento rispetto alla fase di partenza. Mentre per quanto riguarda il gruppo sperimentale (CBT) emergono dei guadagni terapeutici al momento della valutazione finale, e questi ultimi vengono mantenuti ed anche implementati significativamente alla valutazione di follow-up.

Anche nello studio di controllo randomizzato svolto da Krakvik et al. (2013) mostra che il gruppo sottoposto a CBT ha beneficiato di un aumento significativo del punteggio sulla scala GAF sia nel pre che nel post assessment (l'aumento del punteggio indica appunto una diminuzione della sintomatologia). Emerge di fatti che il gruppo sottoposto a CBT passa da un punteggio di 36.81 ad uno di 44.25, contro il gruppo TAU che passa invece da un punteggio di 35.73 ad uno di 38.36. Questo risultato viene mantenuto ed anche incrementato al follow-up di 12 mesi.

Nello studio condotto da Cather et al. (2003) al fine di poter valutare gli out-come riguardanti il funzionamento sociale viene utilizzata la scala di valutazione SFS, trattasi di una scala che valuta il funzionamento sociale e occupazionale nei soggetti affetti da disturbo schizofrenico. La valutazione prende in considerazione più criteri, tra cui: impegno/ritiro sociale, comunicazione interpersonale, prestazione e frequenza nello svolgimento delle AVQ senza aiuti (ADL), indipendenza e capacità di eseguire le ADL, partecipazione sociale ed alle attività ricreative, e occupazione. Questi criteri sono stati utilizzati al fine di valutare l'indice di funzionamento sociale dei soggetti. I risultati finali indicano che, contrariamente alle aspettative, il gruppo sottoposto a CBT non ha beneficiato di un miglioramento significativo per ciò che concerne il funzionamento sociale. È però emersa una forte correlazione tra la diminuzione dei sintomi allucinatori uditivi ed un maggior coinvolgimento nelle ADL e nelle attività ricreative, di fatti questi ultimi criteri risultano essere migliorati tra il pre-/post-intervento nel gruppo sottoposto a CBT. Tale risultato suggerisce quindi dei benefici funzionali dati dalla riduzione dei sintomi. Altri studi presi in considerazione all'interno di questo articolo suggeriscono che per poter valutare i miglioramenti in termini di funzionamento si debba aspettare qualche settimana dopo il termine del trattamento, mentre in questo caso la valutazione è avvenuta ad una settimana dalla fine dell'intervento impedendo in tal senso il rafforzamento della terapia svolta e portando quindi ad un errore e maggiori difficoltà nella valutazione.

Bradshaw & Roseborough (2004) riportano all'interno del proprio studio gli esiti in termini di miglioramento del funzionamento psico-sociale a seguito di 18 mesi di trattamento con CBT, emerge qui che l'86% dei partecipanti ha ottenuto un miglioramento statisticamente significativo nel funzionamento psico-sociale, mentre il 14% ha mostrato qualche miglioramento. Questo cambiamento è risultato essere due deviazioni standard superiori alla media di base indicando che il soggetto medio ha riportato un miglioramento del funzionamento psico-sociale pari al 48%.

All'interno dello studio di Li et al. (2015) il funzionamento sociale viene valutato attraverso la scala PSP (Personal and Social Performance Scale), la quale comprende 4 aree funzionali, ossia la partecipazione alle attività sociali, le relazioni personali e sociali, la cura di sé e l'attuazione di comportamenti distruttivi o aggressivi.

Durante il periodo in cui è stato condotto lo studio il punteggio totale medio PSP risulta essere significativamente aumentato nel gruppo CBT con una media di 22,27 punti, mentre nel gruppo ST il punteggio è pari a 15,89. Al follow-up di 84 settimane il gruppo CBT mantiene un punteggio significativamente più alto rispetto al gruppo in trattamento ST, di fatti la media indica un punteggio di 73.70 per CBT e di 64.30 per ST.

### **4.3 Il ruolo dell'infermiere nell'attuazione della CBT**

L'attuazione della terapia cognitiva comportamentale prevede l'instaurazione di una forte alleanza terapeutica, base fondamentale di qualsiasi intervento infermieristico, al fine di far sì che quest'ultima s'instauri è necessario che il rapporto con l'assistito ponga le sue basi in alcune delle attitudini fondamentali dell'infermiere, quali empatia, ascolto attivo e considerazione positiva ed incondizionata dell'altro (Fassino, Daga & Leombruti, 2007).

La terapia cognitivo-comportamentale prevede inoltre che l'attenzione venga posta soprattutto su quella che è la comunicazione con il paziente, e che attraverso quest'ultima vengano indagati i sintomi che egli percepisce, la situazione di vita nella quale ha vissuto e vive al momento, le sue credenze, come anche le angosce che percepisce, ciò è reso possibile soprattutto grazie all'ascolto empatico che noi infermieri possiamo rivolgere all'altro (Carcione, Nicolò & Procacci, 2012). L'infermiere nella pratica quotidiana ha l'opportunità di organizzare e gestire il proprio lavoro con il paziente perseguendo la linea della CBT attuandone i principi le tecniche in tutti gli interventi svolti durante la giornata (Norman & Ryrie, 2013).

#### **4.3.1 Il ruolo dell'infermiere all'interno degli studi selezionati**

Tre degli studi selezionati hanno visto come terapisti, e quindi erogatori della CBT un gruppo di infermieri adeguatamente formati alla pratica, possiamo di fatti riscontrare la figura dell'infermiere all'interno degli studi condotti da Durham et al. (2003), Turkington et al. (2006) e Turkington et al. (2008).

Durham et al. (2003) hanno selezionato per lo svolgimento del proprio studio un gruppo di 5 infermieri psichiatrici specializzati, i quali sono stati formati in CBT. Uno di loro formato in ambito specialistico di CBT ha stipulato un protocollo di trattamento ed ha addestrato ed in seguito supervisionato gli altri infermieri nell'erogazione della terapia stessa. Ciò ha rappresentato un'aggiunta clinicamente positiva, in quanto gli infermieri oltre ad erogare le cure di routine hanno potuto e potrebbero fornire anche supporto e beneficio applicando all'interno della quotidianità i principi e le tecniche della CBT.

Anche Turkington et al. (2006) si sono avvalsi della figura dell'infermiere durante lo svolgimento del proprio studio, ciò al fine di dimostrare se la formazione degli infermieri in CBT rappresenti o meno un beneficio all'interno del processo terapeutico. Con l'obiettivo di poter fornire un trattamento efficace alcuni infermieri sono stati formati per un periodo di 10 giorni, solo uno di loro era in possesso di una qualifica nell'attuazione della CBT, ed ha quindi svolto la funzione di formatore e supervisore per gli altri 9 infermieri.

Al termine dello studio gli autori concludono sostenendo che la formazione degli infermieri in CBT rappresenta un beneficio per i pazienti, per i caregiver, per il sistema sanitario ed anche per gli infermieri stessi, i quali riferiscono un miglioramento e maggior soddisfazione nella pratica clinica.

Turkington et al. (2008) hanno selezionato degli infermieri psichiatrici addestrandoli rispettivamente alla pratica della CBT e BF, fornendogli inoltre una costante supervisione durante tutto lo svolgimento della terapia. Da questo studio emerge che solo gli infermieri gli erogatori della terapia, ma purtroppo, oltre a ciò, non emergono altre informazioni in merito alla metodologia di formazione o ai risultati ottenuti a seguito della formazione.

## **5. SINTESI**

Da quasi tutti gli studi selezionati all'interno di questo lavoro di tesi si evince che la CBT se confrontata ad altre terapie porta a dei benefici nei soggetti ad essa sottoposti, tali vantaggi in alcuni casi si dimostrano durevoli sul lungo termine, mentre in altri assumono rilevanza solo per la durata del trattamento o sul breve termine dalla conclusione della terapia. Di seguito verranno sinteticamente riportati quelli che sono i risultati ottenuti dagli studi, questa sintesi non prevederà l'introduzione di risultati statistici, bensì confermerà o smentirà l'effetto positivo eventualmente ottenuto durante e a seguito delle sedute di Cognitive Behavioral Therapy. Dall'analisi riportata da Turkington et al. (2008) ove infermieri psichiatrici adeguatamente formati hanno provveduto ad erogare la CBT si evince che sia il gruppo di trattamento BF sia CBT hanno avuto esiti di significativi

miglioramenti clinici, ma che solo i soggetti che hanno svolto CBT hanno mantenuti tali miglioramenti sul lungo termine ossia a 9 mesi dalla conclusione della terapia. Di fatti gli individui che erano stati sottoposti alle sedute di CBT hanno acquisito una maggiore consapevolezza della propria sintomatologia sviluppando delle strategie funzionali ed efficaci al fine di poter far fronte ai propri disturbi.

Bradshaw & Roseboroug (2004) hanno dimostrato che la CBT sul lungo termine rappresenta un'aggiunta importante alle cure farmacologiche e psicosociali di base in quanto permette di raggiungere importanti miglioramenti in ciò che concerne il funzionamento psico-sociale ed il raggiungimento di importanti obiettivi di vita. In sintesi, l'intervento CBT porta ad una diminuzione del grado di compromissione funzionale del soggetto ed a un maggior benessere soggettivo. I redattori consigliano inoltre che tutti i professionisti della salute dovrebbero essere indirizzati ad una formazione sulla CBT, in quanto essa permetterebbe una migliore comprensione e trattamento delle persone affette da schizofrenia. All'interno dell'rct di Valmaggia et al. (2005) viene attribuita maggiore efficacia alla CBT rispetto al Counselling solo per ciò che concerne la riduzione della sintomatologia positiva (soprattutto allucinazioni uditive), questi vantaggi emergono però solo nel breve termine, non è di fatti provata un'efficacia duratura dei miglioramenti a seguito del termine della terapia. Lo studio di Turkington et al. (2006) dimostra che la formazione degli infermieri alla CBT è sicura ed efficace, come lo è anche l'applicazione della stessa ai soggetti affetti da schizofrenia, di fatti molti sono i miglioramenti clinici di cui possono beneficiare, tra cui un migliore insight, riduzione dell'asocialità e riduzione della sintomatologia positiva e negativa. Durham et al. (2003) concludono affermando che la CBT erogata da infermieri specializzati, e integrata alle cure di base, rappresenta un'aggiunta nella cura delle persone soggette a psicosi croniche rispetto che il solo trattamento farmacologico (TAU) o la terapia di supporto (SPT), portando ad una riduzione della sintomatologia generale, miglioramento dell'aderenza terapeutica e ad una maggiore soddisfazione del paziente. Emerge dalle indagini svolte da Cather et al. (2005) che la CBT, rispetto alla Psychoeducation (PE), è ben tollerata dai soggetti schizofrenici e permette una riduzione della sintomatologia positiva persistente, soprattutto delle allucinazioni uditive.

Shukla et al. (2021) hanno dimostrato che la CBT combinata alla farmacoterapia è molto più efficace rispetto che la sola farmacoterapia nel ridurre la sintomatologia clinica e migliorare il funzionamento globale del soggetto affetto da schizofrenia. Questi benefici oltre ad essere ottenuti sul breve termine si sono dimostrati essere durevoli anche sul lungo termine. Krakvik et al. (2013) concludono affermando che la CBT associata al trattamento abituale abbia un effetto benefico sul breve termine e che alcuni di questi effetti siano mantenuti entro un anno dalla conclusione della terapia. Purtroppo, questi benefici non vengono protratti sul lungo termine, per tale motivo gli autori affermano che è necessario condurre altri studi al fine di poter valutare se gli effetti della CBT sono potenzialmente mantenibili anche sul lungo periodo. Dalle indagini svolte da Li et al. (2015) emerge che la CBT se paragonata a ST si dimostra essere più efficace nella gestione della sintomatologia positiva e nel miglioramento del funzionamento sociale sul lungo termine. Ciò prova che la CBT combinata alla farmacoterapia ha effetti più durevoli nel post-trattamento rispetto alla ST. In sintesi, potremmo quindi affermare che la Cognitive Behavioural Therapy rappresenta un'alternativa terapeutica, che se combinata al trattamento farmacologico di routine, può permettere all'individuo di beneficiare di miglioramenti clinici non indifferenti, i quali tal volta sono gli uni la concausa degli altri, come ad esempio la riduzione della sintomatologia positiva può portare ad un conseguente miglioramento nella sfera psico-sociale. Come è stato riscontrato all'interno degli studi primari sopra citati, e come dimostrato da altri studi presenti in letteratura, la

CBT ha un'efficacia ed una durevolezza dimostrata sul breve e sul lungo termine. Inoltre, si tratta di una terapia che agisce in maniera positiva là dove la terapia farmacologica non mostra completa efficacia, ossia nella sintomatologia residua non responsiva ai farmaci. In conclusione, è utile affermare che nonostante le ridotte evidenze disponibili e nonostante il ristretto ambito di applicazione la CBT è effettivamente una terapia in grado di produrre benefici e miglioramenti nei soggetti ad essa sottoposti. Altro aspetto fondamentale è rappresentato dalla possibilità di formare il personale infermieristico nell'applicazione della CBT, questo aspetto viene poco discusso ed affrontato all'interno degli studi selezionati, ma là dove presente risulta essere fortemente benefico. Di fatti Durham et al. (2003), Turkington et al. (2006) e Turkington et al. (2008) all'interno dei propri studi si sono avvalsi della figura di infermieri specializzati in salute mentale ed hanno provveduto alla loro formazione alla CBT in modo tale da poter far sì che fossero loro stessi ad erogare la terapia ai partecipanti dello studio. Questo aspetto ha permesso di dimostrare che l'infermiere, a seguito di un'adeguata formazione, ha la possibilità di erogare una terapia in grado di apportare benefici e miglioramenti nei soggetti ad essa sottoposti. Bradshaw & Rosebroug (2004) inoltre all'interno delle conclusioni del proprio studio consigliano che tutti i professionisti di salute mentale dovrebbero ricevere una formazione alla CBT, in quanto essa permetterebbe di poter comprendere e trattare al meglio i pazienti affetti da schizofrenia, offrendo così una migliore esperienza di cura.

## **6. CONCLUSIONI**

### **6.1 Esperienza di ricerca**

Svolgere questo lavoro di tesi ha rappresentato per me una grande sfida ed al contempo un grande opportunità, la quale mi ha permesso di ampliare lo sguardo senza limitarmi a ciò che sino a poco tempo prima conoscevo per certo. Ammetto che la sfida più grossa è stata quella di riuscire ad incastrare tra di loro tutti gli impegni scolastici e privati, non è stato semplice gestire le lezioni, gli esami, il tirocinio e la redazione della tesi. Nel corso degli ultimi due semestri scolastici ho avuto alcuni momenti di sconforti in cui le mie certezze si sono affievolite, ho avuto timore di non riuscire a concludere ciò che avevo iniziato ed anche di non riuscire a realizzare ciò che mi ero prefissata. È stato un periodo ed un lavoro complesso, ho dovuto imparare a individuare le priorità e in tal senso gestirle. Ciò è stato reso ancora più complicato dall'onere di lavoro richiesto al di fuori della redazione della tesi. Ho spesso riscontrato difficoltà nel reperire il materiale più consono all'ambito di mio interesse come anche nel comprenderlo ed interpretarlo, ciò è stato forse uno dei passi più complessi, ma tutto sommato ritengo di essere stata in grado di gestire il tutto dedicando il giusto tempo e la giusta motivazione. Queste sfide hanno rappresentato sì momenti di fragilità, ma allo stesso tempo mi hanno permesso di spingermi oltre, imparando a gestire gli eventi e le tempistiche e cosa non indifferente di ampliare la mia visione delle cose senza più limitarmi a ciò che so per certo ma spingendomi alla ricerca di nuove nozioni e contenuti. Tutto ciò ha rappresentato e rappresenta un'opportunità di crescita e di apprendimento, per tale motivo mi dico soddisfatta del lavoro svolto, consapevole che alcuni aspetti potrebbero essere migliorabili, posso affermare di aver redatto questa tesi con cura, attenzione e forte interesse.

L'obiettivo primo della mia ricerca era quello di verificare se la CBT applicata dal personale infermieristico a pazienti affetti da schizofrenia potesse scaturire in loro benefici in termine clinico-prognostico, purtroppo all'interno della letteratura sono poche le evidenze in cui è l'infermiere stesso ad applicare la terapia, di fatti solo tre articoli su nove fanno riferimento alla figura professionale dell'infermiere, per tale motivo non è stato

possibile valutare significativamente gli *outcome* in merito. Anche se da quel poco che emerge si può sostenere che la formazione dell'infermiere alla CBT e la conseguente pratica di quest'ultima con pazienti affetti da schizofrenia possa arrecare benefici significativi e duraturi.

È altresì stato possibile dimostrare che la CBT è una terapia valida ed in tal senso permette al soggetto affetto da schizofrenia di beneficiare di una diminuzione della sintomatologia positiva e negativa, la quale direttamente o indirettamente va ad inficiare in quella che è la sfera psico-sociale, apportando in tal senso anche un miglioramento all'interno di questo ambito. Oltre a questi benefici è possibile osservare una diminuzione delle riacutizzazioni della malattia con un conseguente decremento delle ospedalizzazioni e dei giorni di degenza in ambito ospedaliero. Di certo, anche se non in maniera completa, questa ricerca è stata in grado di rispondere ai miei obiettivi e quesiti, permettendomi inoltre di acquisire nuove conoscenze, le quale ritengo potranno essere utili nel mio futuro professionale. Riconosco però sia necessario, al fine di acquisire maggiore padronanza della tematica, indagare e documentarsi maggiormente ampliando anche il quesito di ricerca.

## **6.2 Limiti e prospettive di miglioramento**

La ricerca da me svolta prevede l'integrazione di differenti studi, i quali purtroppo non rispettano in maniera univoca i medesimi criteri d'inclusione e si avvalgono di strumenti valutativi differenti, ciò ha rappresentato in un certo senso una difficoltosa integrazione dei risultati proprio perché non tutti gli studi avevano come scopo la valutazione dei medesimi out-come. Altro aspetto fortemente rilevante è che la maggior parte degli studi selezionati prevedeva l'inclusione di un campione di soggetti poco numeroso ed anche valutazioni di follow-up troppo brevi per valutare in maniera più critica gli out-come dell'intervento stesso.

Un altro dei maggiori limiti, che ritengo sia doveroso sottolineare, è rappresentato dal fatto che non vi siano all'interno della letteratura evidenze che dimostrino l'efficacia della CBT e delle potenzialità che la formazione del personale infermieristico a questa pratica potrebbero avere all'interno del contesto Ticinese. Purtroppo la totalità degli studi reperiti ed in seguito selezionati sono stati svolti in contesti culturali ben lontani dal nostro tra cui l'Inghilterra, l'America e la Cina, ciò rappresenta a mio parere un grande limite, proprio perché come riportato la CBT potrebbe rappresentare una terapia ottimale nel migliorare quelle che sono le manifestazioni della Schizofrenia, come lo sarebbe anche la formazione del personale infermieristico in questa pratica, la quale potrebbe essere proposta all'interno del piano di cura ed apportare benefici sia al curato sia al curante. Per poter sopperire a questa mancanza sarebbe interessante proporre la creazione di Focus Group volti ad indagare la situazione a livello Ticinese, ossia capire se vi sono delle cliniche che propongono tale terapia formando il personale infermieristico e quali risvolti tale pratica ha, o ancora se vi sono delle strutture disposte ad apprendere ed erogarla ai propri pazienti.

Rivalutando il mio lavoro nel complesso ritengo che avrei potuto svolgere una ricerca più restrittiva, ponendo maggiore attenzione a quello che è il ruolo dell'infermiere nella pratica della CBT, ma ciò purtroppo non è stato possibile a causa della limitata disponibilità di evidenze in merito ed anche alla presenza di pochi articoli gratuiti all'interno delle banche dati. Un altro aspetto limitante è stato rappresentato dalla lingua, di fatti nonostante conosca abbastanza la lingua inglese non è stato per niente semplice comprendere ed interpretare gli studi ed i risultati da essi derivanti.

### **6.3 Punti forti e risvolti per la futura pratica**

Senz'altro, da come appreso a seguito dell'analisi degli studi selezionati, la CBT rappresenta un'opzione terapeutica valida ed al contempo efficace per il paziente affetto da schizofrenia e non solo. Certo è che si tratta di una terapia ancora poco diffusa soprattutto se consideriamo il ruolo che l'infermiere ha nell'erogazione di quest'ultima, per tale motivo ritengo che potrebbe essere utile e funzionale investire maggiormente nella formazione della figura dell'infermiere, facendo sì che esso possa mantenersi costantemente aggiornato in merito alle nuove terapie attuabili all'interno della propria pratica clinica. Ritengo che la stesura di questo lavoro di tesi e le conseguenti ricerche effettuate mi abbiano permesso di apprendere, anche se non completamente, quelle che sono le maggiori implicazioni della CBT, la funzione che essa ha, ed anche i benefici che può apportare sia al curato sia al curante. Sicuramente farò tesoro delle nozioni acquisite e se dovesse essere necessario consiglieri volentieri ai miei futuri pazienti di sottoporsi ad una terapia del genere, come anche proverei io stessa. Svolgere questo lavoro di tesi mi ha permesso di poter ampliare il mio bagaglio di conoscenze e acquisire uno sguardo nuovo in merito alle malattie psichiatriche ed alla presa in cura del paziente affetto da quest'ultime.

## **7. RINGRAZIAMENTI**

Il più importante ringraziamento va a mia madre, la quale mi ha permesso d'intraprendere questo percorso formativo, mi ha sempre sostenuta, aiutata ed incoraggiata. Senza la sua presenza non sarei riuscita ad arrivare dove sono oggi.

Ringrazio Marco, il mio sostenitore numero uno, il quale con la sua presenza ed il suo amore mi ha sempre spronata a dare il meglio e non mollare mai, ma che soprattutto è stato in grado di sopportare le mie preoccupazioni ed ansie nel corso di questi tre anni universitari.

Ringrazio le mie compagne di corso Chiara, Gaia e Claudia, le quali hanno condiviso con me esperienze ed emozioni nuove, che mi hanno accolta, sopportata ed accompagnata. Spero di continuare a condividere con loro anche quelle che saranno le esperienze che vivremo al di fuori del percorso formativo.

Concludo ringraziando Sofia Barca, mia direttrice di tesi, che in questi mesi mi ha guidata, seguita, incoraggiata e quando necessario spronata. Grazie a lei sono riuscita a concludere questo lavoro di tesi tornando sulla retta via ogni qual volta mi è capitato di smarrirmi.

## 8. Bibliografia

- Andreoli, V., Cassano, G.B., & Rossi, R. (2000). *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson.
- Beck, C.T., & Polit, D.F. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica*. McGraw-Hill Education.
- Betti, M., & Di Fiorino, M. (1997). *Psichiatria e igiene mentale, ruolo e funzioni dell'infermiere*. McGraw-Hill.
- Biondi M. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore.
- Biondi, M., Carpinello, B., Muscettola, G., Placidi, G., Rossi, A., & Scarone, S. (2014). *Manuale di psichiatria*. Edra Lswr
- Bradshaw, W., & Roseborough, D. (2004). Evaluating the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment of Residual Symptoms and Impairment in Schizophrenia. *Research on Social Work Practice*, 14(2), 112–120. <https://doi.org/10.1177/1049731503257872>
- Bressi, C., & Invernizzi, G. (2008). *Psichiatria clinica applicazioni in medicina generale*. Editore: McGraw-Hill.
- Brugolli, A., Saiani, L. (2013). *Trattato di cure infermieristiche*. Sorbona.
- Bustillo, J. (2022). *Psychosocial interventions for schizophrenia— UpToDate*. [https://www-uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/psychosocial-interventions-for-schizophrenia?search=cbt%20for%20schizophrenia&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4](https://www-uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/psychosocial-interventions-for-schizophrenia?search=cbt%20for%20schizophrenia&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4)
- Carcione A., Nicolò, G., Procacci, M. (2012). *Manuale di terapia cognitiva delle psicosi*. FrancoAngeli.
- Carrà, G., Barale, F., & Marioni, A. (2004). *Schizofrenia linee guida cliniche complete per gli interventi fondamentali nella medicina di base e specialistica*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Cather, C., Penn, D., Otto, M. W., Yovel, I., Mueser, K. T., & Goff, D. C. (2005). A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fCBT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 74(2–3), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.05.002>
- Caviglia, G., & Perrella, R. (2009). *La schizofrenia: diagnosi, teorie, terapie*. Carocci.
- Ceretti, M. (1956). *Uomo allo specchio rotto*.

<https://finestresuartecinemaemusica.blogspot.com/2017/12/lo-specchio-rotto-di-mino-ceretti.html>

Conferenza dei Rettori delle Scuole Universitarie Svizzere (CRUS). (2011). *Competenze finali per le professioni sanitarie SUP*.

<https://www.supsi.ch/deass/bachelor/cure-infermieristiche/competenze-e-professione.html>

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: Results to 3-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 182(4), 303–311. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.4.303>

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

Frith, C. D. (1995). *Neuropsicologia cognitiva della schizofrenia*. Raffaello Cortina Editore.

Invernizzi G. (2006). *Manuale di psichiatria e psicologia clinica*. McGraw-Hill.

Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2003). *Psichiatria clinica*. Centro scientifico editore.

Kråkvik, B., Gråwe, R. W., Hagen, R., & Stiles, T. C. (2013). Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms: A randomized controlled effectiveness trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(5), 511–524. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000258>

Lalli, N., (1999). *Manuale di psichiatria e psicoterapia*. Editore: Liguori.

Li, Z.-J., Guo, Z.-H., Wang, N., Xu, Z.-Y., Qu, Y., Wang, X.-Q., Sun, J., Yan, L.-Q., Ng, R. M. K., Turkington, D., & Kingdon, D. (2015). Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: A multicentre randomized controlled trial in Beijing, China. *Psychological Medicine*, 45(9), 1893–1905. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002992>

Mortari L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Editore: Bruno Mondadori.

Norman, I., & Ryrie, I. (2013). *The Art and Science of Mental Health Nursing, Principles and Practice*. McGraw-Hill education.

Pancheri, P. (2007). *La schizofrenia*. Elsevier Masson.

Poisson, M. (2007). *Mémoire de fin d'études infirmières*. Éditions Maloine.

Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) (2007). *Linee guida. Gli interventi precoci nella schizofrenia*.

Secchiaroli L. (2006). *Principi di psichiatria. Manuale per i corsi di laurea in scienze infermieristiche e per gli operatori sanitari*. Carocci Faber.

Sironi C. (2010). *Introduzione alla ricerca infermieristica*. Casa editrice Ambrosiana.

Vita, A. (2013). *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia*. Springer

Shukla, P., Padhi, D., Sengar, K. S., Singh, A., & Chaudhury, S. (2021). Efficacy and durability of cognitive behavior therapy in managing hallucination in patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 30(2), 255–264. [https://doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_94\\_20](https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_94_20)

Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J., & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 189, 36–40. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.010884>

Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T. R. E., Nur, U., Siddle, R., Hammond, K., Samarasekara, N., & Kingdon, D. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 98(1–3), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.026>

Valmaggia, L. R., van der Gaag, M., Tarrier, N., Pijnenborg, M., & Slooff, C. J. (2005). Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 186, 324–330. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.324>

Allegati n°2: <https://studylib.net/doc/8207672/global-assessment-of-functioning--gaf--scale>

## Allegato n°1: Tabella riassuntiva degli studi selezionati

AUTORI, ANNO E LUOGO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO DELLO STUDIO	TIPOLOGIA DI STUDIO	POPOLAZIONE STUDIATA	INTERVENTI e Scale di valutazione	OUTCOMES	LIMITI DELLO STUDIO
Turkington D., Sensky T., Scott J., Barnes T., Nur U., Siddle R., Hammond K., Samarasekara N., Kingdon D., UK, 2008	<b><i>A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up.</i></b>	Studio di controllo randomizzato	Allo studio sono stati sottoposti 90 soggetti con diagnosi di schizofrenia, i quali nonostante il trattamento farmacologico (di almeno 6 mesi) presentavano persistenti manifestazioni allucinatorie e/o deliranti. Dei 90 soggetti 46 sono stati assegnati al gruppo di trattamento con CBT e 44 al gruppo di trattamento con BF. Durante i 5 anni di studio sono stati effettuati 3 follow-up, rispettivamente a 9 mesi, 18 mesi e 5 anni.	Al follow-up dei 5 anni è stata eseguita una valutazione da parte di due valutatori ciechi (ossia estranei allo svolgimento dello studio) al fine di evidenziare se vi siano dei benefici e miglioramenti nei soggetti sottoposti alla terapia CBT, per tale scopo sono state utilizzate le seguenti scale: Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS), Schizophrenia Change Scale (SCS) e	Al follow-up di 5 anni non è stato possibile rivalutare 31 partecipanti, per cui solo 59 hanno proseguito lo studio, rispettivamente 31 dei quali appartenenti al trattamento con CBT e 28 al trattamento BF. Al follow-up di 5 anni è emerso che: il gruppo sottoposto a CBT ha avuto un miglioramento per quanto concerne la sintomatologia negativa (valutato attraverso la scala SANS). Per quanto concerne le scale CPRS e SCS che valutano rispettivamente un miglioramento dei sintomi e degli episodi depressivi, in entrambi i gruppi vi sono stati dei miglioramenti, lievemente superiori nel gruppo CBT ma non statisticamente significativi.	I limiti di questo studio sono rappresentati da: impiego di una valutazione trasversale dei sintomi e non di una valutazione annuale, ciò non permette di avere una traccia ben chiara e determinata nel tempo degli eventuali progressi e no. Altro fattore fortemente limitante è stato dato dall'impossibilità di rivalutare alcuni partecipanti in quanto alcuni hanno rifiutato il follow-up, non hanno acconsentito o sono deceduti. Inoltre, al termine dello studio i soggetti non sono stati sottoposti ad una

				Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).	Sia nel gruppo CBT sia BF non vi sono state differenze nel numero di ri-ospedalizzazioni, mentre per quanto riguarda i giorni di degenza si evidenzia che questi sono minori nel gruppo CBT.	terapia di richiamo, e ciò limita fortemente la durevolezza dei risultati raggiunti.
Turkington D., Kingdon D., Rathod S., Hammond K., Pelton J., Mehta R., UK, 2006.	<b><i>Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia</i></b>	Studio di controllo randomizzato	I criteri d'inclusione di questo studio prevedevano l'ammissione di soggetti con diagnosi di schizofrenia (ICD-10), con manifestazioni sintomatologiche positive e/o negative e a rischio di recidiva. Per eseguire questo studio sono stati selezionati 694 potenziali partecipanti, di questi 272 hanno rifiutato (255) o non rispettavano i criteri di inclusione, solo 422 soggetti sono stati ritenuti adeguati ed hanno accettato di partecipare allo studio. I partecipanti sono stati rispettivamente ripartiti	Per la valutazione si sono avvalsi di valutatori ciechi ossia i quali non erano a conoscenza del gruppo di appartenenza del valutato. Le scale di valutazione utilizzate sono: Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS), Insight Rating Scale (IRS), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS) and Negative Symptom Rating Scale (NSRS). È stata svolta una valutazione all'inizio dello studio ed una dopo 12 mesi.	Del gruppo CBT, 225 partecipanti hanno completato il trattamento, 211 hanno completato il follow-up, 4 hanno rifiutato e 10 non sono stati reperibili. Mentre nel gruppo sottoposto al normale trattamento, 128 partecipanti hanno completato il trattamento, 125 hanno completato il follow-up, 2 sono morti ed 1 ha rifiutato. La differenza tra riammissioni in ambito ospedaliero e giorni di degenza erano lievemente inferiori nel gruppo di pazienti sottoposti a CBT ma, nonostante ciò, il risultato non è statisticamente significativo. Al follow-up di 12 mesi sono stati osservati nel gruppo di pazienti sottoposti a CBT,	I limiti rilevati all'interno di questo studio sono rappresentati dalla mancanza di criteri d'inclusione restrittivi ed anche dalla perdita di alcuni partecipanti durante lo svolgimento dello studio e dei rispettivi follow-up.

			in due gruppi, il primo gruppo è stato sottoposto ad un trattamento con CBT, mentre il secondo ad un normale trattamento.	Nella valutazione finale è stata presa in considerazione qualsiasi variazione terapeutica avvenuta nel corso dello studio sia nel gruppo in trattamento sia in quello sottoposto alle cure classiche.	miglioramenti per quanto concerne l'insight e la sintomatologia negativa. Non è stata invece rilevata alcuna differenza significativa in merito alla diminuzione di sintomi positivi ed episodi depressivi, è stato rilevato però che il gruppo sottoposto a cure abituali è a rischio di peggioramento dello stato depressivo. Il rischio di recidiva e di peggioramento del disturbo dopo 12 mesi è aumentato nel gruppo di cure abituali e nel caso in cui la recidiva si manifestasse in un paziente sottoposto a CBT è stato valutato che la degenza ospedaliera è inferiore rispetto all'altro gruppo.	
Cather C., Penn D., Otto M. W., Yovel I., Mueser K. T., Goff D. C., USA, 2005	<b><i>A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fCBT) for schizophrenia</i></b>	Studio di controllo randomizzato.	Per lo svolgimento di questo studio sono stati selezionati 30 soggetti affetti da schizofrenia o disturbo schizo-affettivo. I criteri d'inclusione utilizzati per reclutare i partecipanti allo studio sono: età compresa tra i	Per lo svolgimento dello studio sono state utilizzate principalmente due scale di valutazione: La scala PANSS è caratterizzata da 30 domande volte a verificare la severità	Dopo la selezione del campione i partecipanti sono stati assegnati in modo casuale (tenendo conto della gravità dei sintomi e del sesso) ad uno dei due gruppi di trattamento, ossia gruppo di trattamento con CBT e	In questo studio appare essere limitante la bassa numerosità del gruppo di soggetti sottoposti alle terapie, in tal senso emerge che un campione di soli 30 soggetti non

			<p>18 ed i 65 anni, soggetti in trattamento con Olanzapina da almeno 6 mesi e dose stabile d'assunzione da almeno 30 giorni, sintomi psicotici residui.</p>	<p>della sintomatologia rispetto alla settimana precedente con l'attribuzione di 7 punti sulla scala. La scala PSYRATS è in grado di fornirci informazione più dettagliate in merito alla sintomatologia allucinatoria e delirante, è composta da 17 voci che valutano intensità, frequenza ed interferenza degli episodi deliranti/allucinatori su di una scala di 4 punti, maggiore sarà il punteggio ottenuto dal test maggiori e più gravi sono i sintomi del soggetto.</p>	<p>gruppo di trattamento psicoeducativo (PE). Entrambi i gruppi hanno ricevuto il trattamento un'ora a settimana per un periodo totale di 16 settimane. È stata eseguita una valutazione sia all'inizio della terapia sia alla fine, ossia a 16 settimane, tale valutazione è stata svolta da intervistatori ciechi rispetto alle condizioni di trattamento (blind interviewers). Attraverso una valutazione con la scala PSYRATS è stato constatato che il gruppo sottoposto a CBT ha beneficiato di un miglior esito (ossia diminuzione di sintomi deliranti ed allucinatori). È stato riscontrato un peggioramento del funzionamento sociale nel gruppo sottoposto a PE e nessun cambiamento rilevante nel gruppo CBT. Entrambi i gruppi hanno subito un miglioramento nella scala PANSS con un lieve vantaggio del gruppo CBT.</p>	<p>possa essere considerato uno standard di riferimento per l'intera popolazione. Altro limite è determinato dalla mancanza di un follow-up sul lungo termine.</p>
--	--	--	---	---	--	--

					Al termine dello studio è stato rilevato che il 61% dei soggetti sottoposti a CBT ha beneficiato di una riduzione della sintomatologia positiva, mentre nel gruppo sottoposto a PE solo il 31% ha beneficiato di una riduzione dei sintomi positivi.	
Bradshaw W., Roseborough D., Minnesota, 2004.	<b><i>Evaluating the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment of Residual Symptoms and Impairment in Schizophrenia</i></b>	Disegno di ricerca a sistema singolo AB	Questo studio ha coinvolto 30 partecipanti, i criteri d'inclusione nella scelta del campione sono stati: diagnosi di schizofrenia, età compresa tra i 18 ed i 60 anni, aderenza alla farmaco-terapia, persistenza della sintomatologia che provoca angoscia e compromissione del funzionamento nonostante l'adeguato trattamento farmacologico. Tutti e 30 i partecipanti sono stati sottoposti all'intervento con CBT, durante lo studio 8 partecipanti hanno	Per la valutazione dei loro progressi sono state utilizzate le seguenti scale di valutazione: La scala GPI, la quale misura l'indice di patologia generale (quindi la gravità dei sintomi psichiatrici) ed è stata utilizzata per valutare la gravità dei sintomi psichiatrici. La scala RFS, la quale valuta le funzioni psico-sociali del soggetto in ambito sociale, lavorativo, familiare e di vita indipendente. La scala GAS è stata utilizzata al fine di valutare il	I partecipanti sono stati tutti sottoposti all'intervento terapeutico con CBT, ma ad intervalli e per periodi di tempo differenti. I soggetti sono stati assegnati rispettivamente ad un periodo di base di 6, 9 o 12 mesi (durante tali periodi hanno continuato a ricevere le terapie di base). I soggetti sono stati sottoposti a controlli trimestrali al fine di valutare il loro stato di benessere e salute, dopo un periodo di valutazione di 6 mesi l'intervento CBT è stato introdotto per i soggetti dall'1 al 7; a 9 mesi è stato introdotto per i soggetti dall'8 al 14 e a 12 mesi per i	Purtroppo, tutti i partecipanti allo studio sono stati sottoposti all'intervento con CBT e non è presente un gruppo di controllo sottoposto ad un altro trattamento. Nonostante la presenza di importanti miglioramenti nei pazienti sottoposti alla CBT non è stato possibile valutare se tali miglioramenti siano sostanziali rispetto ad un'altra terapia.

			<p>deciso di non partecipare più. I 22 partecipanti rimanenti, di età compresa tra i 26 e i 46 anni hanno portato a termine lo studio.</p>	<p>raggiungimento dell'obiettivo terapeutico.</p>	<p>soggetti dal 15 al 22. I soggetti sono sottoposti a CBT ogni settimana per 1 ora, l'intervento è durato 18 mesi.</p> <p>Nella valutazione della scala RFI è emerso che l'86% dei soggetti ha beneficiato di un miglioramento del funzionamento statisticamente significativo nel corso del trattamento, mentre il 14% ha mostrato qualche miglioramento; mentre nessuno ha mostrato peggioramenti o assenza di cambiamenti.</p> <p>Nella scala GPI l'82% dei partecipanti ha ottenuto un miglioramento significativo nel controllo della sintomatologia, con una riduzione della gravità di quest'ultima, mentre il 18% ha mostrato qualche miglioramento, nessuno ha mostrato peggioramenti o assenza di cambiamenti.</p> <p>Nella scala GAS l'86% dei partecipanti ha mostrato un superamento del livello atteso di raggiungimento</p>	
--	--	--	--	---	---	--

					dell'obiettivo, mentre il 14% ha mostrato qualche miglioramento, nessuno ha mostrato peggioramenti o assenza di cambiamenti. Coloro che hanno raggiunto in maniera significativa l'obiettivo sono poi passati ad una vita indipendente, hanno ottenuto un lavoro, migliorato le relazioni ed aumento le reti di supporto	
Durham R. C., Guthrie M., Morton R. V., Reid D. A., Treliving L. R., Fowler D., Macdonald R. R., UK, 2003.	<b><i>Tayside – Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms.</i></b>	Studio di controllo randomizzato.	Per lo svolgimento di questo studio sono stati selezionati 66 partecipanti, i quali rispettavano i seguenti criteri d'inclusione: soggetti con diagnosi di schizofrenia, età compresa tra i 16 e i 65 anni, con sintomatologia positiva residua (deliri e/o allucinazioni) e sottoposti ad un trattamento farmacologico stabile da almeno 6 mesi.	I partecipanti sono poi stati attribuiti casualmente ad uno dei tre gruppi, 22 CBT (più terapia di base), 23 SPT (supportive psychotherapy più terapia di base) e 21 TAU (treatment as usual). In seguito, sono stati sottoposti alla terapia prescelta per un periodo totale di 9 mesi e sottoposti ad un follow-up al termine della terapia ed anche a 3 mesi dalla conclusione della terapia.	I partecipanti sono stati attribuiti casualmente ad uno dei tre gruppi, 22 CBT (più terapia di base), 23 SPT (supportive psychotherapy più terapia di base) e 21 TAU (treatment as usual). In seguito, sono stati sottoposti alla terapia prescelta per un periodo totale di 9 mesi e sottoposti ad un follow-up al termine della terapia ed anche a 3 mesi dalla conclusione della terapia. Dallo studio emerge che i soggetti sottoposti a CBT e SPT hanno beneficiato di una riduzione della sintomatologia generale,	La bassa numerosità dei partecipanti rappresenta un aspetto limitante di questo studio, come anche la differenza nella terapia e nel dosaggio farmacologico, i quali risultano essere molto variati tra i partecipanti.

				<p>Durante lo studio sono state utilizzate le seguenti scale di valutazione:          Negative Syndrome Scale (PANSS),          Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS) e Global Assessment Scale (GAS)</p>	<p>circa un terzo dei soggetti in trattamento con CBT ha mostrato una riduzione del 25% della sintomatologia. Nessuno dei gruppi ha mostrato una riduzione significativa per quanto riguarda le allucinazioni uditive, ma vi è stata una riduzione significativa per quanto riguarda la gravità dei deliri nei soggetti sottoposti a CBT e SPT e non in quelli sottoposti a TAU. Tutti i partecipanti hanno manifestato soddisfazione al termine del percorso, emerge però una soddisfazione maggiormente significativa nel gruppo CBT (70%), SPT (37%) e TAU (2%). Il grado di alleanza terapeutica è simile sia nel gruppo CBT sia in quello SPT, vi è però un tasso più elevato nel gruppo CBT.</p>	
--	--	--	--	---	--	--

<p>Valmaggia L. R., Van Der Gaag M., Tarrier N., Pijnenborg M., Slooff C. J., UK, 2005.</p>	<p><b><i>Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication.</i></b></p>	<p>Studio di controllo randomizzato.</p>	<p>Per lo svolgimento di questo studio sono stati selezionati 72 soggetti, i quali avessero come criteri di inclusione: età compresa tra i 18 ed i 70 anni, diagnosi di schizofrenia, manifestazione residua di episodi allucinatori o deliranti negli ultimi 3 mesi, e sottoposti ad un regime di terapia farmacologica stabile. Di questi 72 solamente 62 sono stati ritenuti adeguati ai criteri d'inclusione ed hanno accettato di partecipare allo studio. I partecipanti sono poi stati divisi casualmente in due gruppi, 36 di loro sono stati assegnati al gruppo CBT mentre gli altri 26 al gruppo sottoposto a counselling.</p>	<p>Per monitorare i progressi durante lo studio sono state utilizzate le seguenti scale di valutazione: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) e la Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS). Alla conclusione dello studio è stato possibile eseguire l'assessment solo a 50 partecipanti ed il follow-up è stato completato solo da 42 partecipanti, ciò in quanto durante lo studio alcuni partecipanti hanno lasciato, si sono rifiutati di procedere al follow-up, si sono trasferiti e sono state smarrite le schede contenenti i dati di 4 partecipanti.</p>	<p>Il trattamento ha avuto luogo per la durata di 16 sessioni, la valutazione si è svolta all'inizio del trattamento, al termine ed anche un follow-up a 6 mesi dal termine del trattamento. È stato qui possibile appurare che i soggetti sottoposti a CBT hanno beneficiato di una diminuzione di circa il 20% della sintomatologia positiva sul breve termine, di cui soprattutto le allucinazioni uditive (durata, frequenza e volume), tali risultati non sono però stati ritenuti statisticamente significativi e non sono stati mantenuti al follow-up post trattamento. Al termine dello studio è stato possibile eseguire l'assessment solo a 50 partecipanti ed il follow-up è stato completato solo da 42 partecipanti, ciò in quanto durante lo studio alcuni partecipanti hanno lasciato, si sono rifiutati di procedere al follow-up, si sono trasferiti e sono state smarrite le</p>	<p>È stata qui limitante la bassa numerosità del campione determinata anche dal fatto che alcuni soggetti non sono stati rivalutati per molteplici cause.</p>
---	---	--	---	--	---	---

					schede contenenti i dati di 4 partecipanti.	
Shukla P., Padhi D., Sengar K. S., Singh A., Chaudhury S., India. 2021.	<b><i>Efficacy and durability of cognitive behavior therapy in managing hallucination in patients with schizophrenia</i></b>	Studio caso controllo.	I partecipanti a questo studio dovevano rispettare i seguenti criteri d'inclusione: diagnosi di schizofrenia ICD-10, avere sintomi allucinatori, essere uomini e di età compresa tra i 20 ed i 50 anni, avere un livello d'istruzione almeno sino alla scuola primaria e dare il proprio consenso informato. Sono invece stati esclusi tutti coloro avessero delle comorbidità psichiatriche, neurologiche o fisiche, soggetti con ritardo mentale e poco	Al fine di poter monitorare e valutare lo studio sono state utilizzate le seguenti scale di valutazione: è stata istituita una scala che tenesse conto della condizione sociodemografica e clinica di ogni partecipante, al fine di poter sempre avere a disposizione le informazioni personali. The psychotic symptom rating scale (PSYRATS), Scale for assessment of positive symptom (SAPS), Global assessment of functioning (GAF).	Per quanto concerne la diminuzione dei sintomi allucinatori valutati attraverso la scala PSYRATS e SAPS si osserva che il gruppo sottoposto a CBT beneficia di una diminuzione significativa delle allucinazioni uditive, mantenendo questo beneficio anche al follow-up post trattamento. Mentre per quanto concerne la scala di valutazione GAF, che valuta il miglioramento del funzionamento sociale, non vi è alcun cambiamento significativamente rilevante nel gruppo di controllo né al momento della valutazione finale né a quello del follow-up, dove anzi risulta esservi	Limitante all'interno di questo studio è la mancanza di valutazioni intermedie durante il percorso terapeutico, come anche la bassa numerosità del campione.

			collaborativi. I partecipanti allo studio sono stati 40, di cui 20 attribuiti al gruppo sperimentale CBT e 20 al gruppo di controllo.		un deterioramento rispetto alla fase di partenza. Mentre per quanto riguarda il gruppo sperimentale (CBT) emergono dei guadagni terapeutici al momento della valutazione finale, e questi ultimi vengono mantenuti ed anche implementati significativamente alla valutazione di follow-up.	
Li Z,-J., Guo Z.H., Wang N., Xu Z.-Y., Qu Y., Wang X.-Q., Sun J., Yan L.-Q., Ng R.M.K., Turkington D., & Kingdon D., Beijing, 2015.	<b>Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China</b>	Studio di controllo randomizzato.	I criteri d'inclusione di questo studio prevedono la partecipazione di soggetti: persone di età compresa tra i 18 e i 60 anni con diagnosi di schizofrenia (DSM-4), presenza di sintomatologia positiva e negativa, in trattamento con antipsicotici da almeno 4 settimane e aderenti al trattamento. Sono stati invece esclusi tutti coloro avessero delle comorbidità, ritardo	Per valutare questo studio gli autori hanno deciso di considerare e valutare tre criteri, tra cui: l'Insight, il funzionamento sociale e la severità della psicopatologia. Questi criteri sono stati rispettivamente valutati con le seguenti scale di valutazione: Negative Syndrome Scale (PANSS), Schedule for Assessing Insight (SAI), e Personal and Social	Al termine dello studio, ossia dopo 84 settimane, è stato possibile rivalutare 85 membri del gruppo CBT e 82 del gruppo ST. emerge che alla valutazione finale il gruppo di soggetti sottoposti a CBT mostra dei miglioramenti significative in tutte e tre le scale di valutazione (PANSS, PSP e SAI) rispetto al gruppo sottoposto a ST. Nella scala PANSS il gruppo CBT mostra un punteggio totale inferiore rispetto al gruppo ST, ciò significa che i soggetti sottoposti a CBT	Ritengo che i limiti di questa ricerca siano determinati dall'assenza di valutazioni intermedie durante lo svolgimento dello studio ed anche dall'assenza di un follow-up al termine dello stesso. Sarebbe di fatti stato interessante poter sapere e valutare se i miglioramenti ottenuti fossero duraturi nel tempo anche nel post-trattamento.

			mentale o che abusassero di sostanze. Inizialmente furono individuati 280 potenziali partecipanti, di cui solo 192 si sono rivelati coerenti con i criteri d'inclusione. Di questi 192 partecipanti 96 sono stati collocati in maniera randomizzata nel gruppo di trattamento CBT, mentre gli altri 96 al gruppo ST.	Performance Scale (PSP).	hanno beneficiato di una significativa riduzione della sintomatologia positiva e negativa rispetto che SP. Per quanto riguarda la scala SAI si osserva che il gruppo CBT ha manifestato un significativo incremento della media, 66,14%, contro il 40,38% del gruppo ST, sviluppando così un maggiore insight della propria patologia. In fine nella scala PSP il gruppo CBT mostra un miglioramento pari al 45,96% contro il 32,01% del gruppo ST, ciò significa che anche per quanto riguarda le funzioni personali e sociali la terapia con CBT mostra maggiori miglioramenti. In sintesi, il gruppo CBT, a seguito della terapia, ha beneficiato di un miglioramento clinico superiore rispetto al gruppo ST.	
Kralvik B., Grawe R.W., Hagen r., Stiles T.C., Norway, 2013.	<b>Cognitive Behaviour Therapy for Psychotic Symptoms: A</b>	Studio di controllo randomizzato.	I criteri d'inclusione di questo studio prevedono la partecipazione di soggetti: con età	Per la valutazione i ricercatori si sono avvalsi delle scale di valutazione:	Sono state svolte delle valutazioni rispettivamente all'inizio dello studio, dopo 6 mesi e a 12 mesi dal termine della terapia. Dai risultati	La bassa numerosità dei partecipanti rappresenta un aspetto limitante di questo studio, come

	<p><b>Randomized Controlled Effectiveness Trial</b></p>		<p>compresa tra i 18 e i 60 anni, con diagnosi di schizofrenia o disturbo schizo-affettivo (ICD-10) e sintomatologia allucinatoria e/o delirante residua negli ultimi 6 mesi. Inizialmente furono selezionati 68 ipotetici partecipanti, di cui solo 45 rispettavano i criteri d'inclusione. Sono quindi stati selezionati 45 partecipanti, dei quali 23 sono stati assegnati in maniera randomizzata al gruppo di trattamento (CBT) e 22 di gruppo di controllo (TAU).</p>	<p>Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), The Global Assessment of Functioning Scale (GAF) e Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)</p>	<p>ottenuti emerge che il gruppo sottoposto a CBT ha beneficiato di un aumento significativo del punteggio sulla scala GAF sia nel pre che nel post assessment (l'aumento del punteggio indica appunto una diminuzione della sintomatologia). Emerge di fatti che il gruppo sottoposto a CBT passa da un punteggio di 36.81 ad uno di 44.25, contro il gruppo TAU che passa invece da un punteggio di 35.73 ad uno di 38.36, Questo risultato viene mantenuto ed anche incrementato al follow-up di 12 mesi. Mentre per quanto concerne gli altri criteri valutati, ossia, PSYRATS, BPRS e SANS si osservano miglioramenti importanti durante il trattamento, i quali però non perdurano al follow-up di 12 mesi.</p>	<p>anche la generalità dei criteri d'inclusione adottati.</p>
--	---	--	---	--	---	---

## Allegato n°2: Scala GAF

### Global Assessment of Functioning (GAF) Scale

Consider psychological, social, and occupational functioning on a hypothetical continuum of mental health-illness. Do not include impairment in functioning due to physical (or environmental) limitations.

(Note: When using the GAF scale, rate by using any numeral from 0 to 100 that reflects the individual's overall level of functioning)

Code		Code	
100   91	<b>Superior functioning in a wide range of activities, life's problems never seem to get out of hand, is sought out by others because of his or her many positive qualities. No symptoms.</b>	50   41	<b>Serious symptoms</b> (e.g., suicidal ideation, severe obsessional rituals, frequent shoplifting) <b>OR any serious impairment in social, occupational, or school functioning</b> (e.g., no friends, unable to keep job).
90   81	<b>Absent or minimal symptoms</b> (e.g., mild anxiety before an exam), <b>good functioning in all areas, interested and involved in a wide range of activities, socially effective, generally satisfied with life, no more than everyday problems or concerns</b> (e.g., an occasional argument with family members).	40   31	<b>Some impairment in reality testing or communication</b> (e.g., speech is at times illogical, obscure, or irrelevant) <b>OR major impairment in several areas, such as work or school, family relations, judgement, thinking, or mood</b> (e.g., depressed man avoids friends, neglects family, and is unable to work; child frequently beats up younger children, is defiant at home, and is failing at school).
80   71	<b>If symptoms are present, they are transient and expectable reactions to psychosocial stressors</b> (e.g., difficulty concentrating after family argument) <b>no more than slight impairment in social, occupational, or school functioning</b> (e.g., temporarily falling behind in schoolwork).	30   21	<b>Behaviour is considerably influenced by delusions or hallucinations OR serious impairment in communication or judgement</b> (e.g. sometimes incoherent, acts grossly inappropriately, suicidal preoccupation) <b>OR inability to function in almost all areas</b> (e.g., stays in bed all day; no job, home, or friends).
70   61	<b>Some mild symptoms</b> (e.g., depressed mood and mild insomnia) <b>OR some difficulty in social, occupational, or school functioning</b> (e.g., occasional truancy, or theft within the household), <b>but generally functioning pretty well, has some meaningful interpersonal relationships.</b>	20   11	<b>Some danger of hurting self or others</b> (e.g., suicide attempts without clear expectation of death; frequently violent; manic excitement) <b>OR occasionally fails to maintain minimal personal hygiene</b> (e.g., smears feces) <b>OR gross impairment in communication</b> (e.g., largely incoherent or mute).
60   51	<b>Moderate symptoms</b> (e.g., flat affect and circumstantial speech, occasional panic attacks) <b>OR moderate difficulty in social, occupational, or school functioning</b> (e.g., few friends, conflicts with peers or co-workers).	10   1 0	<b>Persistent danger of severely hurting self or others</b> (e.g., recurrent violence) <b>OR persistent inability to maintain minimal personal hygiene OR serious suicidal act with clear expectation of death.</b>  Inadequate information.



Questa pubblicazione, Efficacia e benefici dell'erogazione infermieristica della terapia cognitivo-comportamentale nei pazienti schizofrenici, scritta da Sara Ej jari, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.