

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICOSOCIALI NEL
TRATTAMENTO DEI SINTOMI NEGATIVI NEI SOGGETTI AFFETTI
DA SCHIZOFRENIA
REVISIONE DI LETTERATURA**

Relatrice:

Prof.ssa a.c. Andriago Margherita

Laureanda: Sarzo Erja

Matricola: 2012051

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO 1	7
Quadro teorico	
1.1 La schizofrenia.....	7
1.2 Epidemiologia.....	8
1.3 Sintomatologia.....	9
1.3.1 Sintomi positivi.....	9
1.3.2 Sintomi negativi.....	10
1.4 Stadiazione.....	11
1.5 Trattamento farmacologico.....	12
1.6 Trattamento psicosociale.....	13
1.7 Il ruolo dell'infermiere.....	15
CAPITOLO 2	17
Materiali e metodi	
2.1 Descrizione del problema.....	17
2.2 Scopo dello studio.....	17
2.3 Quesiti di ricerca.....	18
2.4 Fonti dei dati, parole chiave, stringhe di ricerca.....	18
2.5 Criteri di inclusione ed esclusione.....	19
CAPITOLO 3.....	21
Descrizione dei risultati	
3.1 L'efficacia del Social Skills Training.....	21
3.2 L'efficacia della terapia cognitivo comportamentale.....	23
3.4 L'efficacia della musicoterapia.....	26
3.5 L'efficacia dell'esercizio fisico.....	28
CAPITOLO 4.....	31
Discussione dei risultati	
4.1 Limiti dello studio.....	31
4.2 Implicazioni per la pratica clinica.....	33
4.3 Implicazioni per le ricerche future.....	33
Conclusioni.....	35
Bibliografia	

Abstract

Background:

La schizofrenia è una malattia cronica, eterogenea e complessa. È caratterizzata da sintomi positivi e negativi; questi ultimi, già dai primi studi, sono stati considerati una delle dimensioni centrali di questa patologia. L'approccio farmacologico a base di antipsicotici, infatti, sembra non essere sufficiente a garantire un miglioramento globale in quanto inefficace per trattare la sintomatologia negativa, comportando nel paziente un deterioramento delle funzioni cognitive. Le evidenze scientifiche confermano ottimismo nelle terapie psicosociali combinate che integrano approcci diversi. Questi trattamenti vengono gestite da un'equipe multidisciplinare tra cui l'infermiere di salute mentale.

Obiettivi:

Individuare quali terapie psicosociali esistono nel trattamento dei sintomi negativi, valutarne l'efficacia e indagare quali figure professionali sono coinvolte nei vari interventi, con particolare attenzione al ruolo dell'infermiere.

Metodologia:

È stata condotta una revisione di letteratura utilizzando il metodo prisma. Sono state consultate le banche dati elettroniche PubMed, Google Scholar.

Risultati:

I dodici articoli selezionati hanno valutato l'efficacia del trattamento psicosociale. Le terapie considerate sono il social skills training, la terapia cognitivo comportamentale, la musicoterapia, l'esercizio fisico. Nella maggior parte degli studi i trattamenti sono stati diretti ad altre componenti della malattia, ma hanno avuto effetti anche sui sintomi negativi. Hanno infatti portato un aumento della motivazione e del piacere intrinseco e un miglioramento nelle relazioni sociali e nella comunicazione nei pazienti.

Conclusioni:

I trattamenti psicosociali sembrano funzionare bene per gestire i sintomi negativi. Tuttavia, emerge la necessità di studi più approfonditi che valutino l'efficacia dei trattamenti su ogni singolo sintomo e che approfondiscano il ruolo dell'infermiere visto il suo potenziale in questi trattamenti.

INTRODUZIONE

La salute mentale è un concetto molto vasto che si riferisce ad uno stato di benessere generale dell'individuo che si estende ben oltre l'assenza di disturbi di qualsiasi genere consentendo così alle persone di far fronte allo stress della vita, realizzare le proprie capacità, imparare e lavorare bene e contribuire alla propria comunità. Rispetto al passato, la distinzione tra corpo e mente sta gradualmente svanendo, infatti non possiamo più considerare la salute mentale come qualcosa di separato dal benessere fisico, poiché sono interconnessi in modo profondo. (*World Mental Health Report, 2022*)

La malattia mentale, d'altra parte, si verifica quando la salute mentale di una persona è compromessa. Queste patologie possono variare in gravità, avere molteplici cause, tra cui fattori biologici, psicologici, genetici e ambientali. Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, nel 2020 la malattia mentale sarà al secondo posto per incidenza sulla popolazione mondiale, dopo le patologie cardiovascolari e prima di quelle oncologiche. Uno dei disturbi mentali più diffusi è la schizofrenia definibile come “una malattia psichica maggiore, che causa una grave compromissione del giudizio di realtà e del funzionamento dell'individuo in vari domini quali: autonomia personale, dominio sociale e lavorativo” (*APA, 2013*).

Questa malattia è una delle forme più frequenti di disturbo psicotico ed è diffusa in tutto il mondo infatti secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità circa 24 milioni di persone ne soffrono e inoltre occupa il settimo posto tra le patologie debilitanti. La sua complessità e le sue conseguenze la rendono una sfida significativa per la salute pubblica e per coloro che ne sono coinvolti. Tuttavia, a questa sfida si aggiunge un problema altrettanto grave: lo stigma sociale che da sempre affligge le persone affette da disturbi mentali il quale genera un clima ingiustificato di paura, diffidenza e pregiudizio. Il tutto si aggrava ulteriormente con l'isolamento e la sofferenza delle persone ne soffrono e delle loro famiglie. È proprio per tale ragione che il Ministero della Salute italiano si impegna in modo significativo nel combattere le discriminazioni nei confronti delle persone con disturbi mentali. È essenziale comprendere che quest'ultimi sono trattabili, e la strada per la guarigione inizia con la diffusione di informazioni accurate e con l'implementazione di interventi appropriati.

Capitolo 1. QUADRO TEORICO

1.1. La schizofrenia

La schizofrenia è una malattia mentale cronica caratterizzata dalla presenza di sintomi che alterano in modo significativo le funzioni cognitive e percettive, il comportamento e l'affettività della persona che ne soffre, con una durata superiore ai 6 mesi. Il primo a parlare di questo disturbo, anche se in maniera erronea, fu lo psichiatra tedesco Emil Kraepelin a fine Ottocento il quale parlò di *dementia praecox* ossia demenza precoce. Successivamente lo psichiatra svizzero Eugen Bleuler nel 1908 sostituì il vecchio termine con quello di "schizofrenia" (dal greco "*schízō*" "scissione" e "*phrén*" "cervello"), che significa "scissione delle mente". Egli infatti intendeva enfatizzare la caratteristica centrale della condizione schizofrenica, cioè la separazione delle funzioni psichiche; questa disconnessione dalla realtà porta chi soffre di schizofrenia a un distacco profondo dal mondo circostante, creando una separazione insormontabile tra ciò che è reale e ciò che è frutto dell'immaginazione. *Essa, infatti, si traduce in una trasformazione del sé, conosciuto interiormente, e della persona, nota esternamente agli altri, in quanto è legata al senso interiore di sé e all'identità sociale (Estroff, 1989.)*

La schizofrenia viene solitamente diagnosticata in un'età compresa tra i 18 e i 28 anni, tra la tarda adolescenza o nella prima età adulta con una frequenza simile sia negli uomini che nelle donne. Tuttavia in quest'ultime si può verificare in età leggermente più avanzata, con un ritardo medio di circa 3-4 anni rispetto agli uomini. Spesso, l'esordio della patologia è preceduto da un periodo in cui la persona manifesta segni di isolamento sociale e un crescente disinteresse verso il mondo circostante con il rischio di causare perdita del lavoro o interruzione della frequenza scolastica. Questa fase è importante da riconoscere, in quanto può contribuire a gestire i sintomi, migliorare la qualità della vita e favorire la stabilità a lungo termine delle persone che ne sono affette. Il supporto familiare e la comprensione dell'importanza di cercare aiuto professionale sono elementi cruciali nel percorso di recupero e gestione della schizofrenia. (ISS Salute, 2022)

1.2 Epidemiologia

La schizofrenia è uno dei disturbi psicotici più frequenti e diffusi a livello globale.

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità circa 24 milioni di persone al mondo ne soffrono e, soltanto in Italia, sono 303.913; di questi ultimi soltanto 212.739 hanno ricevuto una diagnosi mentre 1 paziente su 3 non è ancora diagnosticato (Mennini & Sirracusano, 2016). Si stima per di più che questa cifra sia destinata ad aumentare con l'invecchiamento e la crescita della popolazione.

Dai dati raccolti dall'Oxford University nel 2018 è emerso che la maggior parte dei pazienti schizofrenici vive in paesi a basso e medio reddito in cui la mortalità infantile è diminuita, con il risultato che una percentuale maggiore della popolazione vive nella fascia di età in cui il rischio di schizofrenia è maggiore. I sistemi sanitari di questi paesi sono impreparati a trattare adeguatamente un numero sempre crescente di casi e non dispongono di risorse e azioni mirate a potenziare i servizi; tutto ciò comporta un danno notevole negli individui e nelle loro famiglie.

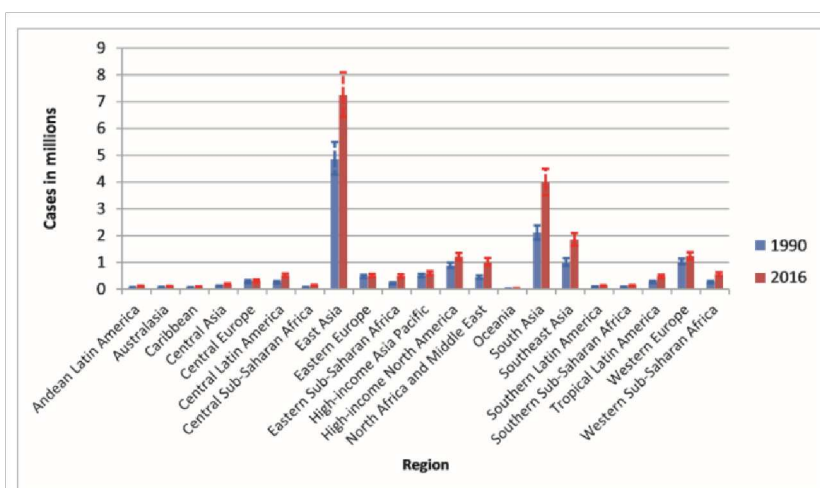


Figura 1. Casi di schizofrenia prevalenti per anno e regione dal 1990 e 2016. (Tratto da “Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia; 2016)

Come si evince dalla Figura 1, nel 2016, il maggior numero di casi di schizofrenia è stato rilevato in Asia Orientale e Meridionale rispettivamente 7,2 milioni e 4,0 milioni. Al contrario il minor numero di casi in assoluto risulta in Oceania con circa 28 000, mentre le regioni dell’Africa subsahariana, registrano tra 1,3-1,5 milioni di casi.

L’Asia Orientale e ha registrato un aumento significativo dei casi che è passato da circa 4,9 milioni (1990) a 7,2 milioni di casi nel (2016); tuttavia è importante notare che l’aumento percentuale più elevato in questo periodo si è verificato nell’Africa

subsahariana orientale con un incremento del 126% mentre nel Nord Africa / Medio Oriente del 128%.

L'aumento percentuale osservato può essere attribuito sia a una notevole crescita demografica nel corso di quel periodo, sia a una significativa pressione causata da stress socioeconomici (Gottesman,1991).

1.3 Sintomatologia

La schizofrenia è un disturbo psichiatrico complesso e diversificato che può manifestarsi in modi diversi da persona a persona. La più recente edizione del Manuale dei disturbi mentali (DSM-V) classifica i sintomi della schizofrenia in tre macro-categorie principali: sintomi positivi, negativi e disorganizzati.

Inoltre, nei pazienti schizofrenici c'è la possibilità che si manifestino dei deficit cognitivi quali la compromissione dell'attenzione, della velocità di elaborazione e della memoria di lavoro. In questo caso il loro pensiero può essere rigido e la loro capacità di risolvere i problemi, di comprendere il punto di vista altrui e di imparare dall'esperienza può essere ridotta. La gravità della compromissione cognitiva è uno dei determinanti maggiori dell'invalidità complessiva (DSM V, 2013).

1.3.1 Sintomi positivi

I sintomi positivi tendono a regredire nel tempo (Joyce & Roiser,2007) e possono essere classificati ulteriormente in deliri e allucinazioni. I primi consistono in credenze irrazionali o false, spesso bizzarre o paranoiche, non supportate da prove concrete. Ne esistono di svariate tipologie, tra cui i deliri precursori in cui i pazienti si sentono tormentati, seguiti, imbrogliati o spiati. I deliri di riferimento invece conducono a sviluppare la convinzione distorta che elementi comuni dell'ambiente, come passi di libri, articoli di giornale, testi di canzoni o altri stimoli ambientali, siano intenzionalmente diretti verso di loro o abbiano una rilevanza particolare per la loro vita. Infine, i deliri di furto inducono i pazienti a credere che la loro mente sia soggetta a manipolazioni da parte di altri e si verifica quindi una perdita della percezione della privacy mentale e della piena autonomia del pensiero.

Le allucinazioni invece, sono percezioni sensoriali non percepite da altri. Possono essere uditive, visive, olfattive, gustative o tattili, ma le prime sono le più frequenti poiché

riscontrate in circa il 40% - 80% di persone affette da schizofrenia (Fisher & Buchanam, 2015). Esse portano i pazienti ad udire voci che commentano il loro comportamento oppure che fanno commenti critici e offensivi.

Possono presentarsi inoltre sintomi disorganizzati, considerati come un tipo particolare di sintomi positivi e comprendono i disturbi del pensiero e comportamenti bizzarri. Il pensiero, dunque, risulta disorganizzato e l'eloquio può variare da una disorganizzazione lieve sino all'incoerenza e all'incomprensibilità. Il comportamento bizzarro invece, può comprendere stupidità infantile, agitazione e inadeguatezza dell'aspetto, dell'igiene o della condotta e l'estrema bizzarria si verifica con la catatonia che comporta una postura rigida e la resistenza agli sforzi di essere mossi oppure la messa in atto di un'attività motoria afinalistica e indipendente da stimoli.

1.3.2 Sintomi negativi

I sintomi negativi della schizofrenia, di solito, appaiono alcuni anni prima che si manifesti il primo episodio acuto della malattia. Sono i più difficili da identificare in quanto evolvono in maniera lenta e graduale rischiando di essere confusi con una normale crisi adolescenziale. Secondo il DSM V i sintomi negativi sono: alogia, apatia, ritiro sociale, anedonia, abulia e rigidità psicomotoria.

L'alogia consiste in una riduzione della quantità e della qualità della parola che comporta nel paziente una difficoltà a esprimere i propri pensieri e a comunicare in modo efficace. Le persone affette da schizofrenia possono rispondere brevemente alle domande o in maniera monosillabica e per di più possono avere difficoltà a formulare frasi complesse.

L'affettività appiattita o limitata invece, consiste in una diminuzione o assenza delle espressioni emotive facciali, vocali o gestuali. In questo caso i pazienti possono sembrare freddi, distanti o indifferenti alle situazioni emotive che normalmente susciterebbero una risposta emotiva. Questo può influire sulla capacità di stabilire relazioni sociali e comunicare in modo empatico.

Per quanto concerne il ritiro sociale e l'isolamento dal mondo sociale e dagli altri, gli schizofrenici possono evitare le attività sociali e ridurre il contatto con gli amici e la famiglia, preferendo passare la maggior parte del tempo da soli. Questo isolamento può portare a una maggiore alienazione sociale e a una ridotta qualità della vita.

Un altro sintomo è l'anedonia che consiste nella perdita di interesse o di piacere nelle attività che un tempo erano gradite. Questo sintomo può contribuire a una ridotta motivazione e a un senso di apatia.

L'abulia invece è data da una riduzione della motivazione e dell'energia verso le attività quotidiane e il perseguimento di obiettivi. Le persone con abulia possono sembrare apatiche e senza scopo nella loro vita, lottando per avviare o completare compiti anche relativamente semplici.

Infine, la schizofrenia causa anche rigidità psicomotoria in quanto genera una diminuzione della capacità di iniziare o eseguire movimenti volontari. Le persone con questo sintomo possono sembrare molto lente nei movimenti e nella risposta a stimoli esterni. I sintomi negativi della schizofrenia possono variare in gravità da persona a persona e possono rendere difficile il funzionamento quotidiano e il mantenimento delle relazioni interpersonali. È importante notare che questi sintomi spesso non rispondono ai farmaci antipsicotici; quindi, il trattamento può essere una sfida. Tuttavia, con il supporto terapeutico e il sostegno sociale adeguato, le persone affette da schizofrenia possono migliorare la loro qualità di vita e ridurre l'impatto dei sintomi negativi.

1.4 Stadiazione

È importante notare che le persone con schizofrenia possono avere una combinazione diversa di sintomi, e la gravità dei sintomi può variare notevolmente. Inoltre, essi possono fluttuare nel tempo e possono essere influenzati da vari fattori, tra cui lo stress, l'uso di sostanze psicoattive e il trattamento.

La sintomatologia solitamente è grave e progressiva difatti la malattia progredisce attraverso diverse fasi che presentano durata e caratteristiche variabili. Dopo una prima fase asintomatica, in cui la compromissione delle competenze sociali, la disorganizzazione cognitiva, l'alterazione percettiva e altri deficit di coping sono lievi, nella fase avanzata i sintomi subclinici si manifestano con: isolamento, irritabilità, sospettosità, pensieri insoliti e percezioni distorte (Vaccaretti, 2022). Nella fase iniziale, nel giro di pochi giorni e settimane la malattia si manifesta in maniera acuta attraverso deliri e allucinazioni. Durante lo stato di psicosi, i sintomi peggiorano in maniera consistente mentre nella fase centrale i periodi sintomatici possono essere episodici o continui. Infine, nella fase tardiva la malattia

cronicizza e l'invalidità tende a stabilizzarsi, ma può peggiorare ulteriormente oppure talvolta regredire (Vaccaretti, 2022).

1.5 Trattamento farmacologico

I farmaci antipsicotici agiscono principalmente bloccando i recettori dopaminergici D2 e possono essere suddivisi in due categorie principali:

- Antipsicotici Tipici o di prima generazione: questi farmaci sono efficaci nel trattare i sintomi positivi della schizofrenia ma spesso causano effetti collaterali extrapiramidali (EPS). Inoltre, hanno una buona azione sedativa.
- Antipsicotici Atipici o di seconda generazione: questi farmaci sono noti per avere meno effetti collaterali extrapiramidali rispetto agli antipsicotici tipici. Hanno anche una buona azione sedativa.

Questi farmaci costituiscono il trattamento di base per la schizofrenia e dimostrano un'efficacia significativa nel ridurre i sintomi positivi, come allucinazioni, deliri e sospettosità, che si verifica in circa il 70% dei pazienti (Stroup, 2015). Tuttavia, non sembrano avere un impatto significativo sui sintomi negativi (Fassino, 2007). È importante notare che questi farmaci possono essere disponibili anche sotto forma di formulazioni a rilascio prolungato, chiamate "depot," che permettono somministrazioni meno frequenti, migliorando così la compliance del paziente al trattamento.

Gli effetti collaterali legati al Sistema Nervoso Centrale (SNC), noti come effetti collaterali extrapiramidali, possono essere suddivisi in due categorie:

- Effetti Collaterali Acuti:
 - Distonia acuta: questo effetto è caratterizzato da contrazioni dolorose simultanee a livello del collo, della laringe, degli arti e dei muscoli degli occhi. Per trattarla è possibile utilizzare farmaci anticolinergici (Fassino, 2007).
 - Acatisia acuta: si manifesta come irrequietezza motoria con l'incapacità di rimanere in una posizione.

- Parkinsonismo: questo include sintomi come tremori a riposo, rigidità e bradicinesia (movimenti rallentati).
- Rabbit Sindrom: si riferisce a tremori nel labbro inferiore.
- Sindrome maligna da neurolettici: questa è una reazione rara ma potenzialmente letale.
- Effetti Collaterali Cronici:
 - Discinesia tardiva: questo effetto comporta movimenti involontari che interessano le mani, il tronco e i muscoli buccali. Essi compaiono dopo un uso prolungato dei farmaci antipsicotici e talvolta quando si tenta di ridurre le dosi. Purtroppo, non esiste una cura definitiva, ma si cerca di prevenirne l'insorgenza continuando a somministrare gli antipsicotici (Fassino, 2007).
 - Distonia tardiva: si tratta di contrazioni cloniche dolorose che persistono nel tempo.
 - Acatisia tardiva: è una forma cronica.

Purtroppo, ci sono pazienti che non rispondono ai trattamenti farmacologici, situazione nota come "schizofrenia resistente al trattamento." Questo significa che nonostante i tentativi di trattamento con antipsicotici, i pazienti continuano a mostrare uno scarso funzionamento psicosociale e i sintomi persistono. Un numero significativo, compreso tra un quinto e un terzo dei pazienti trattati con antipsicotici, non trae benefici dalla terapia. Le possibili soluzioni includono l'aggiustamento delle dosi di antipsicotici, la riduzione dei farmaci in caso di scarsa adesione al trattamento a causa degli effetti collaterali, la prescrizione di un antipsicotico differente o la combinazione di diversi antipsicotici per potenziarne l'effetto. Secondo numerosi studi, la clozapina risulta essere la più efficace nei pazienti resistenti al trattamento (Carrà, 2004).

1.6 Trattamento psicosociale

Oltre alla terapia farmacologica, gli interventi riabilitativi, psicologici e sociali svolgono un ruolo cruciale nel trattamento della schizofrenia. La riabilitazione non dovrebbe essere considerata come un trattamento da iniziare solamente una volta che la malattia è stabilizzata, ma dovrebbe cominciare appena dopo l'esordio del disturbo psicotico. Questo

approccio precoce mira a prevenire la cronicità della malattia e il progressivo isolamento sociale. L'obiettivo è quello di assistere le persone affette da disturbi mentali a recuperare la capacità di vivere in modo autonomo, mantenere una vita sociale attiva e a essere in grado di svolgere un ruolo socialmente significativo, che sia nel contesto lavorativo, scolastico o in altre sfere della vita quotidiana.

Esistono diverse tipologie di interventi psicosociali che si sono dimostrati utili nel trattamento della schizofrenia:

- **Terapia cognitivo-comportamentale (Cognitive Behavioural Therapy):** si fonda sulla teoria che i pazienti supportati da un terapeuta possono effettuare una valutazione logica dei sintomi disfunzionali che la malattia causa (Bustillo & Weil, 2016) permettendogli di identificare e correggere i pensieri disadattivi.
- **Esercizio fisico:** questo tipo di intervento può contribuire a ridurre i sintomi negativi come l'apatia e la mancanza di motivazione, aumentando l'energia e migliorando così la funzionalità quotidiana. (Margaretha Viljoen, 2020)
- **Educazione familiare:** è fondamentale che i membri della famiglia dello schizofrenico siano ben informati sulla patologia. Questo intervento implica l'analisi e la modifica dei modelli di interazione familiare, comprese le modalità di comunicazione e di rinforzo. L'obiettivo è quello di aiutarli a gestire le crisi insegnandoli strategie per prevenire le ricadute del paziente
- **Musicoterapia:** è utile per migliorare lo stato globale e il funzionamento sociale nel breve e medio termine nei pazienti schizofrenici. Può essere particolarmente importante nel migliorare i sintomi negativi, facendo recuperare al paziente contatto con la realtà. (Francomano et al., 2011)
- **Occupazione assistita:** consiste nell'offrire opportunità lavorative alla persona schizofrenica. Lavorare, infatti, consente di ampliare i contatti sociali, ricevere uno stipendio e sviluppare strategie di coping per affrontare la malattia e i sintomi. L'occupazione assistita contribuisce al benessere complessivo e alla creazione di relazioni sociali.

In sintesi, questi interventi psicosociali sono parte integrante del trattamento della schizofrenia e mirano a migliorare la qualità di vita dei pazienti, promuovendo il recupero e la loro integrazione nella comunità.

1.7 Il ruolo dell'infermiere

L'infermiere specializzato in psichiatria è un professionista sanitario che ha un'abilità particolare nell'instaurare una relazione terapeutica con il paziente e possiede competenze tecniche e osservazionali per gestire le attività quotidiane dell'assistito. Inoltre egli contribuisce alla pianificazione dell'aiuto terapeutico per il paziente e la sua famiglia. Tuttavia, la figura dell'infermiere psichiatrico è stata a lungo sottovalutata. In passato, questa figura proveniva spesso da classi sociali meno agiate e aveva principalmente un ruolo di custodia senza una formazione adeguata. Solo con l'intervento di Philippe Pinel e successivamente con le idee di Franco Basaglia e la legge n. 180/78 in Italia, la professione infermieristica in psichiatria ha subito una vera e propria evoluzione. Ha portato alla chiusura dei manicomi, all'istituzione di reparti psichiatrici all'interno degli ospedali generali e alla regolamentazione del trattamento sanitario obbligatorio. Di conseguenza, l'infermiere psichiatrico ha iniziato a trasformarsi da semplice custode ed esecutore a professionista intellettuale.

Spesso, una professione sanitaria, per quanto specializzata possa essere, raramente può soddisfare da sola tutte le esigenze di un paziente. La salute di una persona è influenzata da molteplici fattori, e con l'aumento delle patologie croniche e della complessità delle cure, c'è la necessità di professionisti in grado di collaborare in modo sinergico. La collaborazione tra diverse figure sanitarie mira a raggiungere obiettivi di cura comuni, lavorando insieme e ponendo il paziente al centro, prendendo decisioni e responsabilità condivise (Simeoni & De Santi, 2009).

Nel campo della psichiatria, lo spirito di gruppo è una risorsa fondamentale, senza però trascurare le specificità di ciascun ruolo professionale. Questo approccio è particolarmente cruciale nella riabilitazione psichiatrica, poiché offre ai pazienti con disturbi mentali complessi, come le psicosi, un senso di continuità, empatia, coesione e stabilità. È essenziale che il gruppo di operatori lavori insieme per raggiungere gli stessi obiettivi. Per esempio, per un paziente psicotico, il sentirsi parte di un gruppo contribuisce a consolidare un senso di sicurezza. Questa qualità terapeutica è di notevole importanza per il paziente,

poiché avere un gruppo di operatori su cui fare affidamento può rappresentare un elemento di stabilità nella sua vita (Correale & Nicoletti, 2001).

Studi recenti hanno dimostrato che le principali responsabilità degli infermieri psichiatrici con formazione avanzata includono la valutazione, l'informazione, l'educazione dei pazienti e delle famiglie, nonché l'esecuzione delle azioni mediche psichiatriche prescritte, oltre alle responsabilità deontologiche professionali (Prevedi, 2019).

Diverse figure professionali possono adottare la psicoeducazione come uno strumento terapeutico nell'ambito dei disturbi mentali. Infatti Julian Leff, nel 1989, sottolineò che le basi della psicoeducazione potevano essere insegnate a infermieri psichiatrici ben addestrati e supportati da una supervisione adeguata in quanto per un trattamento efficace del paziente schizofrenico è importante una stretta collaborazione tra tutti i professionisti coinvolti.

Dunque il lavoro in equipe tra diverse figure professionali, come infermieri, psicologi, psichiatri, assistenti sociali ed educatori, è essenziale per fornire un'assistenza completa e integrata. Tale concetto è stato ripreso in seguito dal Codice Deontologico il quale sottolinea l'importanza della cooperazione tra i vari operatori.

In questo contesto, gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale, poiché la loro continua presenza nelle strutture di salute mentale è cruciale per il benessere degli utenti dei servizi con i pazienti.

Capitolo 2. MATERIALI E METODI

2.1 Descrizione del problema

La tutela e l'accesso alle migliori terapie per le persone affette da disturbi mentali vengono riconosciute dalle Nazioni Unite come diritti fondamentali dell'essere umano.

La schizofrenia è una patologia estremamente complessa e variegata, con una vasta gamma di sintomi che rendono difficile lo sviluppo di trattamenti efficaci. La sintomatologia negativa, che include apatia, isolamento sociale e appiattimento emotivo, spesso passa in secondo piano rispetto ai sintomi psicotici o positivi come deliri e allucinazioni. Ciò viene complicato dal fatto che la farmacoterapia, comunemente utilizzata come trattamento principale, sembra non funzionare altrettanto bene per i sintomi negativi e talvolta può peggiorarli (Miyamoto, 2012).

Negli ultimi 20 anni, ci sono stati miglioramenti nel trattamento della schizofrenia, ma la mancanza di un trattamento specifico della sintomatologia negativa costituisce un motivo di preoccupazione poiché i sintomi negativi e la compromissione cognitiva possono avere un impatto significativo sul funzionamento sociale e lavorativo dei pazienti rappresentando così una sfida importante per raggiungere l'indipendenza nella vita quotidiana.

Per risolvere questo problema sono in corso studi e ricerche per sviluppare nuovi approcci terapeutici mirati a scoprire farmaci innovativi in grado di trattare efficacemente i sintomi negativi e il deterioramento cognitivo associati alla schizofrenia. Questi sforzi sono cruciali per migliorare la qualità della vita di queste persone e per consentire loro di raggiungere una maggiore indipendenza e benessere.

2.2 Scopo dello studio:

Lo scopo dello studio è quello di individuare quali terapie psicosociali esistono per il trattamento dei sintomi negativi, valutarne l'efficacia e indagare quali figure professionali sono coinvolte nei vari interventi, con particolare attenzione al ruolo dell'infermiere.

2.3 Quesiti di ricerca

I quesiti di ricerca alla base dello studio sono i seguenti:

- 1) *Quali sono gli interventi psicosociali per la gestione dei sintomi negativi della schizofrenia?*

Stringa di ricerca: “schizophrenia”, “negative symptoms”, “positive symptoms”, “nursing” “efficacy”

2) *Quali sono gli interventi psicosociali maggiormente efficaci per ridurre la sintomatologia negativa?*

Stringa di ricerca: “schizophrenia”, “negative symptoms”, “positive symptoms”, “cognitive behavioral therapy” “nursing” “schizophrenia AND negative symptoms AND positive symptoms”

3) *Quali sono le figure professionali coinvolte nei vari interventi, con particolare attenzione al ruolo dell’infermiere?*

“schizophrenia”, “negative symptoms”, “positive symptoms”, “cognitive behavioral therapy” “nursing” “efficacy” “social skills training” “nurse”

La ricerca del materiale si è svolta attraverso il metodo P.I.C.O, applicato al quesito:

P = paziente/problema

Persona affetta da schizofrenia, i cui sintomi negativi non sono trattati in maniera adeguata

I = intervento

Interventi con maggiore efficacia che hanno come obiettivo il trattamento dei sintomi negativi

C = comparazione

Comparazione tra i diversi interventi psicosociali analizzati

O = obiettivo

Riduzione della sintomatologia negativa

2.4 Fonti dei dati, parole chiave, stringhe di ricerca

Per la stesura del presente elaborato è stata condotta una ricerca in letteratura all'interno di banche dati internazionali quali Pubmed e Google Scholar.

Ho consultato siti di informazione accertati quali il Ministero della Salute, sito ufficiale dell'OMS, Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica.

Le parole chiave utilizzate per questa ricerca sono state le seguenti: "schizophrenia", "negative symptoms", "psychosocial treatment", "nursing", "psychiatric interventions", "cognitive", "management", "cognitive remediation", "therapy" combinate con l'operatore booleano "AND".

Le stringhe di ricerca ottenute da queste combinazioni sono le seguenti:

- (("Schizophrenia" (Mesh Terms) AND "negative symptoms" [Mesh Terms]
- (("Schizophrenia" [Mesh Terms] AND "psychiatric nursing interventions" [Mesh Terms]))
- (("Schizophrenia" [Mesh Terms] AND "negative symptoms" [Mesh Terms] AND "cognitive" [All Fields] AND "therapy" [All Fields]))
- (("Schizophrenia" [Mesh Terms] AND "nursing" [Mesh Terms] AND "negative symptoms" (Mesh Terms)))
- Schizophrenia AND negative symptoms AND management AND therapy
- Schizophrenia AND negative symptoms AND psychosocial treatment.

2.5 Criteri di inclusione ed esclusione

La raccolta degli articoli all'interno delle diverse banche dati è avvenuta rispettando i seguenti criteri di selezione:

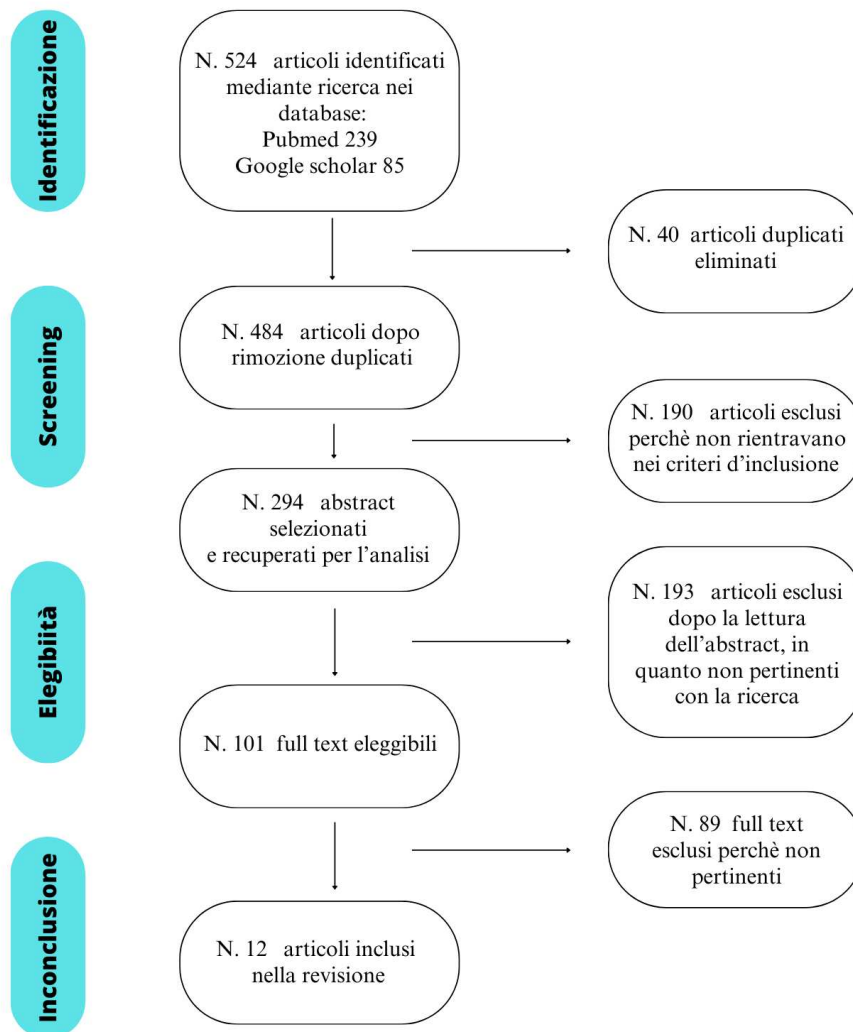
- Disegno dello studio: revisioni sistemiche, studi controllati randomizzati, studi descrittivi e qualitativi;
- Periodo: studi pubblicati dal 2000 al 2023;
- Formato degli studi: studi con abstract disponibile in formato full text;
- Studi in lingua inglese;
- Popolazione: adulti affetti da schizofrenia.

Criteri di esclusione delle evidenze:

- Popolazione: bambini, adolescenti
- Studi non attinenti al quesito di ricerca;
- Persone affette da altre patologie psichiatriche.

Dalla ricerca in letteratura sono stati individuati 524 articoli: di questi, 38 sono stati letti per intero ed analizzati, includendo infine un totale di 12 studi nella revisione (figura 1). La tabella riguardante la sintesi dei risultati della ricerca è contenuta nell'Allegato 1.

Figura 1. Flow-chart della revisione di letteratura



Capitolo 3. DESCRIZIONE DEI RISULTATI

Negli ultimi quarant'anni, si è enfatizzato il concetto della “recovery” (ripresa, recupero) intesa come l'assenza di sintomi e il ristabilimento delle funzioni normali del paziente. Per una persona affetta da schizofrenia, l'idea di recupero si traduce in un progresso che va oltre agli impatti psicologici della malattia consentendo uno sviluppo personale e permettendo al paziente di condurre una vita significativa nella comunità e di sentirsi utile e realizzato (Lieberman, 2008). Per far sì che tutto ciò avvenga è necessario concentrarsi nel trattamento anche dei sintomi negativi, poiché essi sono associati alla compromissione del funzionamento a livello lavorativo e sociale. Questi ultimi rappresentano una barriera significativa in quanto il trattamento farmacologico ha effetti limitati su di essi. Per questa ragione è necessario adottare nuovi approcci terapeutici con trattamenti psicosociali. Le terapie psicosociali sono fondamentali nel trattamento della sintomatologia negativa della schizofrenia in quanto possono apportare notevoli benefici al benessere e alla qualità di vita dei pazienti. Ne esistono di diverse tipologie, tra cui il social skills training, la terapia cognitivo comportamentale, la musicoterapia, l'esercizio fisico.

3.1 L'efficacia del Social Skills Training

Il Social Skills Training (SST) è un approccio psicosociale che ha l'obiettivo principale di migliorare il funzionamento sociale delle persone con schizofrenia, basandosi sulla logica. Questi trattamenti condividono l'obiettivo di insegnare abilità sociali attraverso istruzioni dirette, dimostrazioni pratiche e esercitazioni per valorizzare le capacità già esistenti e insegnarne di nuove a pazienti schizofrenici. Questo aiuta i pazienti a gestire le sfide quotidiane e a proteggerli dal deterioramento causato dalla malattia. I programmi di SST si concentrano sull'identificazione dei deficit nelle abilità sociali, competenze e cognizione sociale che contribuiscono a un deterioramento del funzionamento sociale. Questi programmi sono altamente individualizzati, considerando le esigenze e le preferenze dei pazienti, aiutandoli ad applicare praticamente le abilità sociali nelle situazioni quotidiane. Le competenze insegnate includono capacità conversazionali, assertività, cura di sé, interazione sociale, gestione dei conflitti e costruzione di relazioni amicali. Le abilità di conversazione comprendono sia aspetti verbali che non verbali come il tono della voce, la

gestualità e il contatto visivo. Oltre a quest'ultime si affrontano competenze fondamentali per la vita quotidiana, tra cui la gestione dell'igiene personale, la vestizione, la pulizia, oltre a competenze legate alla gestione della malattia e al lavoro. L'assertività è un elemento chiave del SST, coinvolgendo l'espressione aperta delle proprie opinioni e sentimenti, la capacità di rifiutare richieste irragionevoli e di esprimere sia sentimenti positivi che negativi durante le interazioni sociali. Le ricerche hanno dimostrato che le persone con schizofrenia possono apprendere una vasta gamma di comportamenti sociali efficaci attraverso il SST. Questo approccio mira a migliorare il funzionamento sociale e le abilità necessarie per una vita indipendente, promuovendo relazioni sociali di qualità e migliorando gli esiti funzionali per le persone con gravi disturbi mentali. Questo programma si basa sulla teoria dell'apprendimento sociale e utilizza principi come il modeling, il rinforzo, la modellazione, l'automatizzazione e la generalizzazione per aiutare le persone a sviluppare abilità sociali più efficaci da applicare nella vita quotidiana. È stato suggerito che migliorando le abilità sociali si possono ridurre i sintomi, prevenire le ricadute e migliorare le strategie di coping e il supporto sociale.

In una meta-analisi di studi randomizzati controllati condotta da Turner et al. (2017) il Social Skills Training ha dimostrato un'importante efficacia nel migliorare i sintomi negativi dei pazienti schizofrenici rispetto ai gruppi di controllo, ai quali sono stati proposti interventi standard. Gli autori suggeriscono che il SST ha il potenziale per essere ulteriormente proposto ed è necessario vengano condotti studi più rigorosi per testarne la validità. Inoltre nella meta-analisi di Turner et al. sono stati presi in considerazione anche studi che proponevano un intervento basato principalmente sullo *Social Skills Training* (SST), ma al quale venivano incorporate tecniche relative alla *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT).

Nello studio randomizzato di Abaoglu et al. (2020) sono stati coinvolti un totale di 32 individui diagnosticati con schizofrenia, assegnandoli casualmente ai gruppi di studio (n=15) e di controllo (n=17). È stata condotta una valutazione dei partecipanti utilizzando diversi strumenti, tra cui la Positive and Negative Syndrome Scale per misurare la gravità dei sintomi, la Clinical Global Impression Scale per valutare la gravità della malattia, il miglioramento e la risposta al trattamento, l'Indice Katz di indipendenza nelle attività della

vita quotidiana e la Scala di Lawton-Brody per valutare l'adeguatezza nell'esecuzione di attività di base e compiti quotidiani. Nel gruppo di controllo, è stata fornita una sessione singola di formazione sulla consapevolezza per aumentare l'indipendenza nelle attività quotidiane, mentre il gruppo di studio ha ricevuto una formazione personalizzata sulle abilità di vita in 2 sessioni a settimana per un totale di 8 settimane, pari a 16 sessioni. Alla conclusione del programma di ricerca, si è osservato miglioramenti significativi nei sintomi negativi, nella psicopatologia generale, nella gravità della malattia e nell'indipendenza nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana, nonché nel funzionamento nel gruppo di studio rispetto al gruppo di controllo. Sulla base dei risultati ottenuti, il training individualizzato sulle abilità di vita si pensa possa rappresentare un efficace metodo terapeutico per la riabilitazione degli individui con diagnosi di schizofrenia.

Lo studio di Rus-Calafell e colleghi (2013) è stato condotto un servizio ospedaliero ambulatoriale per i disturbi mentali in Igualada (Catalonia) prendendo in considerazione 31 pazienti con diagnosi di schizofrenia. Casualmente sono stati divisi in due gruppi: 18 al gruppo TAU (trattamento abituale) e 13 a quello di SST (social skills training). Il gruppo TAU riceveva il trattamento abituale di psicoterapia, aderenza terapeutica, supporto familiare e supervisione da parte di un educatore. Anche il gruppo SST manteneva questi trattamenti con l'aggiunta dell'intervento social skills training. Sono stata utilizzate diverse scale di valutazione cognitiva e i risultati sono stati valutati dopo il trattamento e ad un follow-up a 6 mesi. Prima del trattamento non sono state evidenziate significative differenze fra i partecipanti dello studio. I pazienti che hanno ricevuto il trattamento di SST hanno dimostrato miglioramento nella psicopatologia, nel disagio sociale, nella cognizione sociale, nell'isolamento sociale nella comunicazione interpersonale e nella qualità di vita, comparato al gruppo TAU. Ad un follow un di 6 mesi molti risultati si sono mantenuti risultati supportano l'efficacia del trattamento.

3.2 L'efficacia della terapia cognitivo comportamentale

Tra gli interventi psicosociali troviamo la terapia cognitivo comportamentale (CBT, cognitive behavioural therapy) che è usata anche per trattare i pazienti schizofrenici resistenti alla terapia, con l'obiettivo di ridurre l'intensità dei deliri e delle allucinazioni, e inoltre per

promuovere una partecipazione attiva dell'individuo e ridurre il rischio di ricadute (Bustillo & Weil, 2016). Si concentra anche sui sintomi negativi della malattia, come l'apatia e l'isolamento sociale, e sulle difficoltà cognitive, come la memoria e l'attenzione. Aiuta infatti il paziente a sviluppare abilità sociali e di comunicazione, migliorare l'adattamento alle situazioni quotidiane e a individuare strategie per affrontare la malattia.

Lo studio non controllato condotto da Staring et al. (2013) ha esaminato gli effetti di un trattamento di Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) per i sintomi negativi in pazienti con psicosi. Il trattamento consisteva in 20 sessioni distribuite su 6 mesi ed è stato condotto da psicologi esperti in CBT per le psicosi. Uno degli obiettivi principali dello studio era valutare se la riduzione dei pensieri disfunzionali potesse influenzare anche i sintomi negativi. Il trattamento è iniziato con un'intervista per formulare un piano individuale per ciascun paziente. Successivamente, terapeuta e paziente hanno definito obiettivi specifici, resi più concreti e raggiungibili. Questo approccio mirava a evitare che i pazienti si sentissero incapaci o frustrati nel non raggiungere gli obiettivi. Durante il percorso, la CBT si è concentrata sui pensieri e comportamenti disfunzionali emergenti e ha promosso un senso di autoefficacia personale, interpretando i fallimenti come errori del terapeuta o come obiettivi troppo ambiziosi. Quando l'impoverimento cognitivo è stato un ostacolo, sono stati utilizzati strumenti visivi e supporto da parte delle persone vicine al paziente. La valutazione iniziale e finale ha coinvolto la scala PANSS per i sintomi negativi e diverse scale per i pensieri disfunzionali. Dei 34 partecipanti iniziali, solo 21 hanno completato lo studio. I risultati hanno confermato miglioramenti significativi nei sintomi negativi durante il trattamento, in parte mediati dalla riduzione dei pensieri disfunzionali. Tuttavia, lo studio aveva alcune limitazioni, tra cui l'assenza di un gruppo di controllo, la consapevolezza dei partecipanti del trattamento attivo e la mancanza di follow-up a lungo termine. Pertanto, sebbene promettente, sono necessarie ulteriori ricerche per confermare l'efficacia della CBT in questa popolazione.

Lo studio di Nowak et al. (2016) dimostra l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale di "terza ondata". Questo tipo di approccio si concentra sulla modifica del contesto e della funzione dei pensieri a differenza della tradizionale che invece pone la sua attenzione nell'identificazione e modificazione del contenuto del pensiero. Tra gli interventi

della CBT di “terza ondata”, abbiamo ad esempio la terapia cognitiva basata sulla consapevolezza, terapia metacognitiva, terapia di accettazione e impegno e la terapia comportamentale integrativa di coppia. In questa revisione, trentacinque studi hanno considerato gli interventi tradizionali della CBT, mentre quindici si sono riferiti ad approcci di “terza ondata”. Gli interventi sono stati erogati su base individuale, di gruppo o mista, oppure utilizzando modalità di distribuzione mediatiche come SMS.

Questi studi mostrano un impatto significativo della CBT di terza ondata in particolare sulle funzioni emotive dei pazienti come l’ansia e la depressione. Si sono verificati inoltre anche miglioramenti dei sintomi negativi come l’anedonia e l’appiattimento affettivo. Sono stati segnalati miglioramenti anche nel dominio delle funzioni energetiche e pulsionali (avolizione), delle funzioni percettive (allucinazioni), delle funzioni del pensiero (deliri), delle funzioni linguistiche (alogia) e dei problemi interpersonali. I punteggi globali relativi alla disabilità hanno mostrato anche miglioramenti in aspetti quali la psicopatologia globale, la psicopatologia generale e i sintomi positivi.

Nello studio randomizzato condotto da Grant e colleghi (2012), è stata esaminata l'efficacia della Terapia Cognitiva (TC) sulle funzioni psicosociali e sui sintomi negativi, in particolare l'avolizione-apatia e l'anedonia-asocialità, in individui affetti da schizofrenia con un basso funzionamento psicosociale. Lo studio ha confrontato la TC, che includeva un trattamento standard, con un trattamento standard da solo. La durata del trattamento è stata di 18 mesi e otto medici. La TC è stata caratterizzata dalla pianificazione di un trattamento individualizzato con chiari obiettivi a breve, medio e lungo termine. L'obiettivo era stimolare il paziente a ritrovare la motivazione e l'interesse per sé stesso e gli altri. Le prime sedute si sono concentrate sul coinvolgimento e sulla costruzione di una relazione iniziale con il paziente. Durante tutto il trattamento, sono emersi ostacoli come i pensieri disfunzionali, che sono stati affrontati con tecniche cognitive e comportamentali come esercizi, giochi di ruolo e attività all'aperto, mirate a ripristinare la motivazione e applicabili al di fuori delle sessioni. Per l'impovertimento cognitivo, sono stati utilizzati strumenti di supporto come materiale audio-visivo e lavagne per rafforzare i concetti trattati durante le sessioni. Inoltre, sono stati utilizzati foglietti colorati per annotare appuntamenti e attività al fine di renderli più evidenti e facili da ricordare. Lo studio ha coinvolto 60 partecipanti distribuiti casualmente tra i due

gruppi di confronto, TC e trattamento standard. I risultati hanno dimostrato che la TC ha prodotto maggiori benefici rispetto al trattamento standard, migliorando sia il funzionamento che i sintomi positivi e negativi. In particolare, la componente avolizione-apatia dei sintomi negativi ha mostrato un notevole miglioramento, mentre gli altri sintomi non hanno subito cambiamenti significativi.

3.3 L'efficacia della musicoterapia

Le alterazioni delle funzioni cognitive nei pazienti affetti da schizofrenia hanno un impatto significativo sulla qualità di vita dei pazienti, portando a difficoltà nelle relazioni interpersonali, problemi di comunicazione e ad una riduzione dell'espressione emotiva e delle capacità motorie. Secondo Raglio (2002), la musicoterapia può fornire un contributo importante in questo contesto. Uno studio condotto in Germania ha dimostrato che la musicoterapia è stata utilizzata nel 37% di tutte le cliniche psichiatriche e psicosomatiche (Andritzky, 1996). Da un lato essa mira a promuovere il recupero di autonomia per il paziente, consentendogli di esprimersi in modo creativo attraverso la musica. Dall'altro lato, la musicoterapia può essere utilizzata per affrontare specificamente i sintomi negativi della schizofrenia offrendo la possibilità di potenziare le abilità cognitive, facilitando la presa di contatto con il mondo, aprendo nuovi canali di comunicazione, stimolando la motivazione interna e aumentando i livelli di attivazione del paziente (Francomano et al., 2011). La musicoterapia è vissuta da molti pazienti affetti da schizofrenia come piacevole:

il coinvolgimento nella terapia è elevato e il tasso di abbandono è relativamente basso (Gold, 2013). Essa mira a indurre cambiamenti a livello cognitivo, emotivo e comportamentale attraverso la partecipazione attiva ed esperienziale, che include l'ascolto e la riproduzione della musica. Questo approccio sfrutta deliberatamente il potere motivante e stimolante della musica, comprese le sue componenti di ritmo, armonia e melodia, così come la capacità della musica di richiamare emozioni e ricordi. La musica facilita l'attivazione, promuove un umore positivo, migliora le abilità motorie e favorisce la socializzazione. L'aspetto non verbale della musicoterapia abbassa le barriere, consentendo ai pazienti con sintomi negativi di diventare più attivi ed espressivi. (Bruscia, 2014).

Tra gli studi selezionati vi è quello condotto da Ceccato et al (2009). Si tratta di uno studio randomizzato e controllato che ha coinvolto 4 strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali tra il Veneto e la Lombardia. Sono stati reclutati complessivamente 67 pazienti affetti da schizofrenia con un'età compresa tra i 20 e i 60 anni. Lo studio indaga l'efficacia di un protocollo denominato STAM (sound training for attention and memory). Esso è costituito da una serie di tracce musicali che hanno lo scopo di sviluppare l'attenzione e la memoria a breve e lungo termine tramite degli esercizi. I partecipanti sono stati divisi in due gruppi: uno sperimentale, il quale ha partecipato allo STAM, e uno di controllo che ha partecipato a sedute di musicoterapia di tipo improvvisato. Ad entrambi i gruppi sono stati effettuati pre test e post test riguardanti attenzione e memoria, oltre che ad uno strumento di valutazione chiamato LSP (life skills profile) per valutare la disabilità sociale. I risultati dimostrano un miglioramento da parte del gruppo sperimentale nei test statisticamente significativi, soprattutto nei compiti che riguardavano la memoria a breve e lungo termine e l'attenzione.

Nello studio sistematico di A. Pioch et al (2021) si è valutato l'effetto di un modulo di musicoterapia sui sintomi negativi, composto da musicoterapia attivante come di consueto, arricchita da elementi di musicoterapia neurologica per i sintomi negativi. È stata effettuata una misurazione pre e post-trattamento con la versione olandese della Brief Negative Symptom Scale. Su cinque pazienti schizofrenici e i loro infermieri personali. Durante il modulo, un socio-terapeuta ha valutato la Negative Symptom Scale tre volte a settimana, analizzando il cambiamento quantitativo dei sintomi negativi per ciascun paziente. Quattro pazienti su cinque hanno mostrato una riduzione dei sintomi negativi, diventando più attivi ed espressivi. La musicoterapia sembra avere un effetto positivo sul recupero dell'attività e della motivazione al trattamento nei pazienti psichiatrici, che prima dello studio erano inattivi da lungo tempo e difficili da motivare.

Nel 2011, Francomano e i suoi colleghi condussero uno studio per valutare l'efficacia di un programma di musicoterapia all'interno del processo di riabilitazione dei pazienti psichiatrici. Questo programma comprendeva due fasi principali: una fase iniziale di colloquio, finalizzata alla raccolta di informazioni legate al suono e alla musica, e una seconda fase che coinvolgeva la somministrazione di test. La prima parte dell'assessment

permetteva agli operatori di comprendere le caratteristiche espressive e comportamentali dei pazienti. Successivamente, i pazienti sono stati divisi in due gruppi, ognuno composto da quattro partecipanti, e sono stati proposti due interventi individuali. Nella prima parte dello studio, durante le sessioni, veniva suonata musica di diversi generi (dal rock al blues al jazz) con l'obiettivo di far emergere l'identità musicale sia degli individui sia del gruppo nel suo insieme (Francomano et al., 2011). Durante questo periodo, i pazienti si sono dimostrati attivi e partecipativi, e si è notato un aumento della coesione all'interno del gruppo. La seconda parte del programma riguardava la vera e propria musicoterapia attiva, che coinvolgeva anche l'uso di strumenti musicali a percussione. Da questa fase è nato il "laboratorio di costruzione di strumenti", in cui entrambi i gruppi hanno collaborato per creare strumenti musicali. Questo laboratorio aveva lo scopo di favorire le relazioni interpersonali, promuovere la socializzazione, condividere esperienze, aumentare l'autostima e contribuire alla riattivazione e ricostruzione delle parti del Sé che erano state compromesse dal disturbo (Francomano et al., 2011). Le sessioni di musicoterapia si sono svolte settimanalmente tra il 2009 e il 2010 e hanno avuto una durata di circa un'ora ciascuna. Per valutare l'efficacia del programma, è stata utilizzata la S.O.M. (Scheda di Osservazione Musicoterapica), che ha valutato le modalità di approccio agli strumenti, l'interazione musicale tra i pazienti, le modalità di produzione sonora e, in particolare, gli aspetti comunicativi e relazionali. La parte clinica è stata valutata utilizzando le scale BPRS e VFG, con test effettuati all'inizio e alla fine dell'intervento. I risultati hanno dimostrato un miglioramento significativo sia nei test clinici sia nella S.O.M. Inoltre, Francomano e colleghi (2011) hanno riportato che la musicoterapia ha avuto un impatto positivo sull'adesione dei pazienti ai programmi di riabilitazione psicosociale e sull'aumento dell'empowerment.

3.4 L'efficacia dell'esercizio fisico

La ricerca dimostra come per le persone affette da schizofrenia i benefici derivanti dall'esercizio fisico siano notevoli. Tutto ciò diventa possibile grazie a programmi strutturati e cambiamenti nello stile di vita.

Dalla ricerca effettuata sono stati selezionati 3 articoli.

Nella meta-analisi di Margaretha Viljoen (2020) sono stati riscontrati benefici derivanti dall'attività fisica che differisce notevolmente per tipo, intensità e quantità di tempo dedicato settimanalmente. L'articolo affronta anche uno dei temi centrali nella prescrizione dell'esercizio fisico ossia la scarsa motivazione nei pazienti che impedisce loro di essere fisicamente attivi. Il sostegno sociale offerto da operatori sanitari svolge un ruolo significativo nell'incentivare l'inizio dell'esercizio nei pazienti e ne favorisce motivazione e costanza. Diversi studi hanno evidenziato che i videogiochi che richiedono movimento fisico possono risultare motivanti, contribuendo così a ridurre il tasso di abbandono del programma. Inoltre, forme relativamente semplici di tecnologia indossabile, come i contapassi, possono promuovere uno stile di vita più attivo e semplificare la prescrizione di esercizi. D'altra parte, tecnologie indossabili più avanzate possono essere utilizzate per monitorare i progressi dei pazienti in modo più dettagliato.

Lo studio di Cella et al. (2023) consiste in una revisione sistematica di alcune meta-analisi selezionate volte a valutare gli esiti dell'esercizio fisico sui sintomi negativi della schizofrenia, utilizzando i dati recuperati nei seguenti database elettronici: PsycINFO, EMBASE e Medline. Quattro revisioni su sei relative all'esercizio fisico, riportano che questo tipo di intervento, può ridurre i sintomi negativi della schizofrenia. Inoltre viene evidenziato che l'esercizio mente-corpo e quello aerobico sono quelli che producono esiti più favorevoli. In aggiunta agli effetti collaterali dei farmaci che portano spesso ad un aumento di peso, problemi cardiovascolari e diabete, la ricerca ha dimostrato che le persone affette da schizofrenia hanno maggiore probabilità di sviluppare cattive abitudini come fumo e alimentazione squilibrata e anche sotto questo punto di vista l'esercizio fisico può contribuire al miglioramento della salute fisica.

Nello studio controllato randomizzato di Bhatia et al. (2017) un gruppo di 256 pazienti affetti da schizofrenia ha partecipato a un corso di yoga della durata di tre settimane. Questa esperienza non solo è stata positiva per i partecipanti, ma ha anche portato a miglioramenti nelle funzioni cognitive, tra cui l'attenzione e la memoria. Si ritiene che lo yoga possa avere un impatto benefico sullo stress e sui sintomi mentali, poiché favorisce una maggiore consapevolezza del corpo e contribuisce inoltre all'equilibrio tra pensieri ed emozioni. Questi risultati suggeriscono che lo yoga potrebbe essere considerato come un complemento terapeutico utile nel trattamento della schizofrenia, offrendo numerosi benefici e dovrebbe

essere utilizzato in aggiunta alle terapie standard raccomandate, sotto la supervisione di professionisti della salute mentale.

Capitolo 4. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Le ricerche esaminate in questa revisione hanno fornito prove significative che suggeriscono che alcune opzioni terapeutiche psicosociali prese in considerazione potrebbero essere vantaggiose. Gli interventi presi in considerazione ovvero lo social skills training, la terapia cognitivo comportamentale, la musicoterapia e l'esercizio fisico sono solo alcuni esempi di questi. Come accennato in precedenza, la definizione attuale di sintomatologia negativa deriva dalle informazioni fornite dalle scale di valutazione. Di conseguenza, affinché i trattamenti che considerano i sintomi negativi come bersaglio primario possano valutare l'efficacia del trattamento su ogni singolo sintomo, sono necessari strumenti di valutazione che includano un esame completo di ogni sintomo. Inoltre, questo permetterebbe di determinare se il trattamento è stato efficace su tutti i sintomi o se ogni sintomo deve essere trattato in modo diverso in quanto è probabile che siano causati da diversi meccanismi fisiopatologici. In generale, è emerso che la componente di ridotta motivazione ha beneficiato di più dei vari trattamenti rispetto ad altri sintomi. Di conseguenza, risulta ancora più necessario accertare in modo più approfondito ciascuna componente, in modo da riuscire a sviluppare dei trattamenti che producano effetti su ognuno di loro. Nella maggior parte degli studi esaminati, gli interventi sono stati eseguiti non direttamente per migliorare i sintomi negativi, ma per cercare di intervenire su altri aspetti della malattia. Queste componenti della schizofrenia, a loro volta correlati, hanno anche modificato i sintomi. Questi includono trattamenti che si concentrano su aspetti socio e neurocognitivi, pensieri disfunzionali e aspetti emotivi.

4.1 Limiti dello studio

Il presente lavoro di ricerca, pur offrendo conoscenze significative, presenta alcune limitazioni che meritano attenzione e forniscono spunti interessanti per possibili direzioni di future ricerche. In primo luogo, la maggior parte degli studi presi in esame non ha indirizzato direttamente gli interventi sui sintomi negativi della schizofrenia, ma piuttosto si è concentrata su altre componenti della malattia, pur avendo come obiettivo primario la gestione di tali sintomi. È importante notare che, nonostante questa mancanza di indirizzamento specifico, i risultati dimostrano che gli interventi hanno comunque prodotto

benefici significativi sui sintomi negativi, suggerendo l'interconnessione tra di essi. Questo solleva l'importante questione della complessità della malattia e della necessità di ulteriori ricerche per comprendere meglio le interazioni tra i sintomi e sviluppare interventi più mirati. In secondo luogo, pochi studi hanno incluso il follow-up, ovvero la rivalutazione degli esiti del trattamento a lungo termine. Questa mancanza di dati a lungo termine può mettere in discussione l'attendibilità dell'efficacia degli interventi, poiché non è stato valutato se i benefici ottenuti si siano mantenuti nel tempo. Questo sottolinea l'importanza di condurre ricerche con follow-up adeguati con lo scopo di comprendere meglio la durata e la sostenibilità dei risultati degli interventi. Un'altra limitazione da considerare è l'eterogeneità geografica dei diversi studi analizzati, che sono stati condotti in realtà culturalmente diverse da quella italiana. La maggior parte degli studi considerati sono stati condotti in paesi stranieri, il che solleva la necessità di esplorare ulteriormente queste terapie in contesti culturali più vicini al nostro e di valutare l'applicazione potenziale della formazione infermieristica in queste terapie. Questa diversità potrebbe influire sull'efficacia degli interventi descritti e sottolinea la necessità di valutare l'applicabilità di tali approcci in contesti culturali diversi.

Questo studio ha esaminato non solo gli interventi condotti dal personale infermieristico ma anche quelli condotti da altre figure professionali. Tuttavia, in molte ricerche non hanno specificato il professionista sanitario coinvolto negli interventi. Questa mancanza di dettagli può rendere difficile l'attribuzione dei risultati a una figura professionale specifica. Questo solleva la questione di come valutare l'efficacia degli interventi e l'importanza di futuri studi che affrontino questo problema in modo più specifico. Un'altra sfida è emersa dall'integrazione di studi eterogenei con criteri di inclusione variabili e strumenti valutativi diversi. Questa eterogeneità ha complicato la sintesi dei risultati e rappresenta un'area in cui la standardizzazione potrebbe migliorare la comparabilità tra gli studi. La creazione di Focus Group potrebbe essere una via per raccogliere dati sull'implementazione di tali terapie e sulla loro efficacia in contesti italiani. Inoltre, la barriera linguistica è stata un altro ostacolo, evidenziando la necessità di aumentare gli sforzi nella traduzione e nell'interpretazione di studi stranieri per garantire una comprensione accurata dei risultati. In conclusione, il presente studio pone le basi per ricerche future che potrebbero affrontare queste limitazioni e contribuire a una migliore comprensione della gestione dei sintomi negativi della

schizofrenia e degli interventi psicosociali, nonché del ruolo cruciale del personale infermieristico in questo contesto.

4.2 Implicazioni per la pratica clinica

Il presente lavoro si propone di esplorare l'efficacia degli interventi psicosociali nella gestione dei sintomi negativi della schizofrenia, integrandoli con la terapia farmacologica, essendo quest'ultima indispensabile nella cura della persona affetta da schizofrenia. Il ruolo fondamentale dell'infermiere nella fornitura di interventi psicosociali mira a soddisfare in maniera completa i bisogni dei pazienti affetti da schizofrenia, essendo quest'ultima una condizione psichiatrica complessa che richiede un approccio multidimensionale per garantire il recupero e la riabilitazione. In questa prospettiva, il coinvolgimento attivo degli infermieri assume un'importanza cruciale. In alcuni dei diversi studi analizzati è stato sottolineato il ruolo essenziale che gli infermieri possono svolgere nell'implementazione di interventi psicosociali. La costruzione di una solida relazione di fiducia con i pazienti, basata su empatia, trasparenza e l'assenza di giudizio, consente agli infermieri di conoscere appieno i bisogni e i desideri dei pazienti. Questi aspetti possono essere utilizzati come punti di riferimento per personalizzare i piani di cura e riabilitazione. Gli infermieri di salute mentale, grazie alla loro posizione privilegiata, sono in grado di sfruttare una vasta gamma di competenze per avviare e guidare percorsi riabilitativi mirati. Il loro coinvolgimento nell'erogazione di interventi psicosociali rappresenta, quindi, un passo importante verso un trattamento completo e personalizzato per le persone affette da schizofrenia, contribuendo al miglioramento complessivo della qualità della vita dei pazienti. Se si intende facilitare il processo di recupero è cruciale condurre ulteriori studi per valutare gli effetti degli approcci terapeutici combinati. La ricerca infermieristica deve quindi giocare un ruolo chiave nella costruzione di una solida base per questi cambiamenti. Inoltre, le istituzioni accademiche e gli ospedali dovrebbero integrare i risultati di questa ricerca nei loro programmi di istruzione e formazione infermieristica.

4.3 Implicazioni per le ricerche future

Nel contesto di un'approfondita analisi dei sintomi negativi della schizofrenia e del ruolo chiave degli interventi psicosociali, nonché del coinvolgimento attivo dell'infermiere nella cura dei pazienti, emergono diverse direzioni per la ricerca futura. Queste prospettive possono contribuire in modo significativo alla gestione dei sintomi negativi, migliorando la qualità della vita delle persone affette da schizofrenia.

Innanzitutto, considerando la complessità di questa patologia e la rilevanza dei sintomi negativi, sarebbe auspicabile condurre ulteriori ricerche sul territorio nazionale al fine di indagare il livello di conoscenza e di preparazione del personale infermieristico in merito ai sintomi negativi presso i Centri di Salute Mentale e all'interno dei reparti psichiatrici. Queste indagini potrebbero fornire una base solida per lo sviluppo di programmi formativi mirati. La formazione continua rappresenta un aspetto essenziale per garantire che gli infermieri siano adeguatamente preparati nella gestione e nella valutazione dei sintomi negativi, promuovendo così il progresso in un campo ancora parzialmente inesplorato.

Inoltre, considerando i promettenti risultati riguardo agli interventi psicosociali nella gestione dei sintomi negativi, è fondamentale condurre ulteriori studi basati sull'evidenza, con particolare attenzione a continue rivalutazioni per verificare il mantenimento degli esiti ottenuti nel tempo. Questa ricerca continua è essenziale per confermare l'efficacia di tali interventi senza alcun dubbio, consentendo così un trattamento ottimale per i pazienti affetti da schizofrenia.

Un obiettivo futuro degno di nota è l'implementazione più ampia e sistematica delle tecniche di riabilitazione psicosociale per i pazienti con diagnosi psichiatriche. Questo approccio mira a favorire il loro percorso verso una vita indipendente e significativa, promuovendo il recupero completo e il benessere a lungo termine.

In sintesi, le implicazioni per le ricerche future riguardo alla schizofrenia e agli interventi psicosociali offrono una prospettiva entusiasmante per il miglioramento dei trattamenti, dell'assistenza e della qualità della vita dei pazienti. Continuare a esplorare questi argomenti potrebbe portare a importanti progressi nella gestione della schizofrenia e nell'ottimizzazione delle cure offerte dagli infermieri nel contesto della salute mentale.

CONCLUSIONE

La schizofrenia è una patologia molto complessa ed eterogenea, con vari sintomi che la compongono. Recentemente, si è riconosciuto l'importante impatto dei sintomi negativi sulla qualità di vita e la necessità di trattamenti specifici. Questi ultimi sono spesso stigmatizzanti, in particolare nella cultura occidentale, perché vengono interpretati erroneamente come segni di pigrizia, di fragilità psicologica, di mancanza di volontà nel condurre una vita partecipata ed attiva, segno più di una scelta volontaria di uno stile di vita contraddistinto dal ritiro sociale e dalla non volontà di assumersi responsabilità, piuttosto che come sintomi di una malattia. Da questa revisione della letteratura, è emerso che la valutazione dei sintomi negativi spesso si basa su strumenti che potrebbero non essere sufficientemente precisi quando i sintomi negativi sono il focus principale del trattamento. Sarebbe utile condurre ulteriori studi utilizzando strumenti più specifici per questi sintomi. Inoltre, alcuni trattamenti si concentrano solo su alcuni sintomi negativi, mentre altri affrontano più ampiamente la malattia, inclusi l'impoverimento socio e neuro cognitivo e i pensieri disfunzionali. Tuttavia, il lavoro su altre componenti della malattia ha mostrato risultati promettenti sui sintomi negativi, suggerendo che questi sintomi sono correlati ad altri aspetti della schizofrenia e non dovrebbero essere considerati separatamente. Nel complesso, i trattamenti sembrano avere un maggiore impatto sulla componente di ridotto piacere/motivazione rispetto a quella di ridotta espressività emotiva/verbale. Sarebbe utile cercare trattamenti più efficaci per quest'ultima componente. Poiché pochi studi hanno eseguito follow-up, non è chiaro quanto a lungo i miglioramenti si mantengano nel tempo. Tuttavia, prolungare la durata del trattamento potrebbe portare a benefici maggiori sulla sintomatologia. Per quanto riguarda l'applicazione dei trattamenti psicosociali da parte degli infermieri, solo alcuni studi li hanno inclusi, mentre nella maggior parte dei casi è stata coinvolta altra figura professionale o non è stato specificato chi fosse coinvolto. Nonostante ciò, sembra che gli infermieri, con formazione ed esperienza adeguate, possano svolgere un ruolo significativo nell'applicazione di questi trattamenti, poiché si basano su competenze come il dialogo, l'ascolto, l'interpretazione dei pensieri e dei sentimenti e la promozione dell'interazione sociale, che rientrano nelle loro competenze professionali. In conclusione,

l'uso di trattamenti psicosociali è importante nella pratica clinica per affrontare i sintomi negativi della schizofrenia e migliorare il benessere psico-fisico dei pazienti.

Bibliografia:

- Veltro, F., Vendittelli, N., Oricchio, I., Addona, F., Avino, C., Figliolia, G., & Morosini, P. (2008). Effectiveness and efficiency of cognitive-behavioral group therapy for inpatients. *Journal of psychiatric practice*, 14(5), 281–288.
- E. Ceccato, D. Lamonaca, (2009) A multicentre study to test the effectiveness of the STAM (Sound Training Attention and Memory) protocol in the rehabilitation of patients with schizophrenia: *A single blind, randomized control trial*
- Grant P., Huh G., Perivoliotis D., Stolar N. and Beck A. 2012. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 69(2):121-127.
- Staring A., Huurne M., Van der Gaag M. 2013. Cognitive Behavioral Therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: A pilot study. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. 44 (3): 300-306.
- Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2017). A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 475–491.
- Pioch, A., Spreen, M., & Bokern, H. (2021). Muziektherapie voor negatieve symptomen bij schizofrenie: vijf n=1-studies in een tbs-kliniek [Music therapy for negative symptoms in patients with schizophrenia: five systemic N-of-1 trials in a high-security psychiatric hospital]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 63(6), 412–418.
- Abaoğlu, H., Mutlu, E., Ak, S., Akı, E., & Anıl Yağcıoğlu, A. E. (2020). The Effect of Life Skills Training on Functioning in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. Şizofrenide Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevselliğe Olan Etkisi: Seçkisiz Kontrollü Bir Çalışma. *Türk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*, 31(1), 48–56.
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ortega-Bravo, M., Ribas-Sabaté, J., & Caqueo-Urizar, A. (2013). A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Schizophrenia research*, 143(2-3), 327–336. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.11.014>
- Prevedi M. (2016). Infermiere in psichiatria. Nurse 24

- Miyamoto, S., Miyake, N., Jarskog, L. F., Fleischhacker, W. W., & Lieberman, J. A. (2012). Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future therapeutic agents. *Molecular psychiatry*, *17*(12), 1206–1227.
- Lieberman, J. A., Drake, R. E., Sederer, L. I., Belger, A., Keefe, R., Perkins, D., & Stroup, S. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *59*(5), 487–496.
- Velligan, D. I., & Rao, S. (2023). The Epidemiology and Global Burden of Schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, *84*(1), MS21078COM5.
- Cella, M., Roberts, S., Pillny, M., Riehle, M., O'Donoghue, B., Lyne, J., Tomlin, P., Valmaggia, L., & Preti, A. (2023). Psychosocial and behavioural interventions for the negative symptoms of schizophrenia: a systematic review of efficacy metaanalyses. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *223*(1), 321–331.
- Francomano, A., Carlona, M., Dazzo, M., La Barbera, D. (2011). Un modello di musicoterapia nelle psicosi schizofreniche: possibilità di impiego della musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica. *PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA*, *XXX*, 277-299.
- Bhatia, T., Mazumdar, S., Wood, J., He, F., Gur, R. E., Gur, R. C., Nimgaonkar, V. L., & Deshpande, S. N. (2017). A randomised controlled trial of adjunctive yoga and adjunctive physical exercise training for cognitive dysfunction in schizophrenia. *Acta neuropsychiatrica*, *29*(2), 102–114.
- Farreny A., Aguado J., Ochoa S., Huerta Ramos E., Marsà F., Lopez-Carillero R., Carral V., Haro J. and Usall J. 2012. REPYFLEC cognitive remediation group training in schizophrenia. Looking for an integrative approach. *Schizophrenia Research* . *142*(1- 3):137-44.
- OMS (2008). Rapporto del 20018 dell’OMS sulla Salute Mentale.
- Viljoen, M., & Roos, J. L. (2020). Physical exercise and the patient with schizophrenia. *Australian journal of general practice*, *49*(12), 803–808. <https://doi.org/10.31128/AJGP-04-20-5384>

- Marden & Kikpatrick. 2014. Defining and measuring negative symptoms of schizophrenia in clinical trials. *European Neuropsychopharmacology*. 24(5): 737–743.
- Fellner C. (2017). New Schizophrenia Treatments Address Unmet Clinical Needs. *P & T : a peer-reviewed journal for formulary management*, 42(2), 130– 134.
- Carrà, G., Barale, F., & Marinoni, A. (2004). *Schizofrenia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Nowak, I., Sabariego, C., Świtaj, P. *et al.* (2016) Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC Psychiatry* 16, 228.

ALLEGATI

N°	Autore	Anno e rivista di pubblicazione	Titolo dell'Articolo	Campione, disegno e setting	Obiettivi	Risultati	Discussione e conclusione
1	Margaretha Viljoen, Johannes L Roos	2020 Australian Journal of general practice	Physical exercise and the patient with schizophrenia	Persone affette da schizofrenia. Revisione sistematica e metanalisi	Verificare l'efficacia dell'esercizio fisico nella gestione dei sintomi negativi in particolare dell'anedonia	I partecipanti hanno ottenuto effetti positivi in relazione alla loro motivazione nello svolgere esercizio fisico	L'articolo affronta l'anedonia. È emerso che i videogiochi che richiedono movimento fisico possono risultare motivanti, contribuendo così a ridurre il tasso di abbandono del programma. Inoltre, forme relativamente semplici di tecnologia indossabile, come i contapassi, possono promuovere uno stile di vita più attivo e semplificare la prescrizione di esercizi.
2	Matteo Cella, Safina Roberts, Matthias Pillny, Marcel Riehle, Brian O'Donoghue, John Lyne, Paul Tomlin, Lucia Valmaggia e Antonio Preti	2023 The British Journal of psychiatry: the journal of mental science	Psychosocial and behavioural interventions for the negative symptoms of schizophrenia: a systematic review of efficacy meta-analyses	Persone affette da schizofrenia. Revisione sistematica di letteratura	Verificare l'efficacia degli attuali trattamenti non farmacologici e psicosociali per la gestione dei sintomi negativi.	emersa l'efficacia dell'esercizio fisico sulla riduzione dei sintomi negativi	Viene evidenziato che l'esercizio mente-corpo e quello aerobico sono quelli che producono esiti più favorevoli.

3	Triptish Bhatia, Sati Mazumdar, Joel Wood, Fanyin He, Raquel E Gur, Ruben C Gur, Vishwajit L Nimgaonkar	2017 Acta neuropsychiatrica	A randomised controlled trial of adjunctive yoga and adjunctive physical exercise training for cognitive dysfunction in schizophrenia	pazienti di cui solo 340 idonei allo studio. Di questi solo 256 hanno concluso lo studio. Studio randomizzato controllato	Verificare l'efficacia dello yoga per la gestione dei sintomi negativi.	Lo yoga porta ad un miglioramento delle funzioni cognitive, tra cui l'attenzione e la memoria.	lo yoga porta a miglioramenti nelle funzioni cognitive, tra cui l'attenzione e la memoria. Si ritiene che lo yoga possa avere un impatto benefico sullo stress e sui sintomi mentali, poiché favorisce una maggiore consapevolezza del corpo e contribuisce inoltre all'equilibrio tra pensieri ed emozioni.
4	Grant P, Huh G., Perivoliotis D., Stolar N. and Beck A.	2012 Arch Gen Psychiatry	Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low functioning patients with schizophrenia.	persone affette da schizofrenia Studio randomizzato	Verificare l'efficacia della Terapia Cognitiva sulle funzioni psicosociali e sui sintomi negativi, in particolare l'avolizione-apatia e l'anedonia-associatività.	La componente avolizione-apatia ha mostrato un notevole miglioramento, mentre gli altri sintomi non hanno subito cambiamenti significativi.	Durante tutto il trattamento, sono emersi ostacoli, tra cui i pensieri disfunzionali, che sono stati affrontati con tecniche cognitive e comportamentali come esercizi, giochi di ruolo e attività all'aperto, mirate a ripristinare la motivazione. Per l'impoverimento cognitivo, sono stati utilizzati strumenti di supporto come materiale audio-visivo e lavagne per rafforzare i concetti trattati durante le sessioni. Inoltre, sono stati utilizzati foglietti colorati per annotare appuntamenti e attività al fine di renderli più evidenti e facili da ricordare.

5	<p>Staring A., Huurne M., Van der Gaag M</p>	<p>2013 Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry</p>	<p>Cognitive Behavioral Therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: A pilot study</p>	<p>partecipanti di cui solo 21 hanno concluso lo studio. Studio randomizzato controllato</p>	<p>Esaminare gli effetti di un trattamento di Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) per i sintomi negativi in pazienti con psicosi. Valutare se la riduzione dei pensieri disfunzionali potesse influenzare anche i sintomi negativi.</p>	<p>I risultati hanno confermato miglioramenti significativi nei sintomi negativi durante il trattamento, in parte mediati dalla riduzione dei pensieri disfunzionali.</p>	<p>Il trattamento consisteva in 20 sessioni iniziate con un'intervista per formulare un piano individuale per ciascun paziente. Successivamente, terapeuta e paziente hanno definito obiettivi concreti e raggiungibili. Durante il percorso, la CBT si è concentrata sui pensieri e comportamenti disfunzionali emergenti e ha promosso un senso di autoefficacia personale, interpretando i fallimenti come errori del terapeuta o come obiettivi troppo ambiziosi. Quando l'impoverimento cognitivo è stato un ostacolo, sono stati utilizzati strumenti visivi e supporto da parte delle persone vicine al paziente.</p>
---	----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6	<p>E. Ceccato, D. Lamonaca, P.A. Caneva, L. Gamba, R. Poli, E. Agrimi</p>	<p>2009 Italian journal of psychopathology</p>	<p>A multicentre study to test the effectiveness of the STAM (Sound Training Attention and Memory) protocol in the rehabilitation of patients with schizophrenia: A single blind, randomized control trial</p>	<p>Sono stati reclutati complessivamente 67 pazienti affetti da schizofrenia con un'età compresa tra i e i 60 anni. Studio randomizzato controllato</p>	<p>Lo studio indaga l'efficacia di un protocollo denominato STAM sound training for attention and memory). E' costituito da una serie di tracce musicali che diventano uno strumento per proporre una serie di esercizi che hanno lo scopo di sviluppare l'attenzione e la memoria a breve e lungo termine.</p>	<p>I risultati dimostrano un miglioramento da parte del gruppo sperimentale nei test statisticamente significativi, soprattutto nei compiti che riguardavano la memoria a breve e lungo termine e l'attenzione.</p>	<p>I partecipanti sono stati divisi in due gruppi: uno sperimentale, il quale ha partecipato alo STAM, e uno di controllo che ha partecipato a sedute di musicoterapia di tipo improvvisato. Ad entrambi i gruppi sono stati effettuati pre test e post test riguardanti attenzione e memoria, oltre che ad uno strumento di valutazione chiamato LSP (life skills profile) per valutare la disabilità sociale.</p>
---	---------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7	<p>Antonio Francomano, Maria Grazia Carlone, Mariantonia Dazzo, Daniele La Barbera</p>	<p>2011 PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA</p>	<p>Un modello di musicoterapia nelle psicosi schizofreniche: possibilità di impiego della musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica</p>	<p>pazienti con diagnosi di schizofrenia, 7 maschi e 3 femmine.</p>	<p>Valutare l'efficacia di un programma di musicoterapia all'interno del processo di riabilitazione dei pazienti psichiatrici.</p>	<p>Miglioramento nei test clinici. Inoltre, la musicoterapia ha avuto un impatto positivo sull'adesione dei pazienti ai programmi di riabilitazione psicosociale e sull'aumento dell'empowerment.</p>	<p>Il programma consisteva in due fasi principali: la prima coinvolgeva colloqui iniziali per raccogliere informazioni sul suono e la musica, e la seconda includeva interventi musicali. Durante la prima parte, la musica esaltava l'identità musicale individuale e di gruppo, aumentando la coesione. La seconda fase comprendeva musicoterapia attiva e la creazione di strumenti musicali in un "laboratorio di costruzione di strumenti" per migliorare le relazioni, promuovere la socializzazione e l'autostima. L'efficacia è stata valutata attraverso la Scheda di Osservazione Musicoterapica (S.O.M.).</p>
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8	A.Pioch, M.Spreen, H. Bokern	2021 Tijdschrift voor psychiatrie	Music therapy for negative symptoms in patients with schizophrenia	pazienti affetti da schizofrenia Studio randomizzato	Valutare l'efficacia di un programma di musicoterapia sui sintomi negativi	Il modulo di musicoterapia sembra aver avuto un'influenza positiva sulla riduzione dei sintomi negativi e sul recupero dell'attività e della motivazione al trattamento nei pazienti che, prima dello studio, erano rimasti inattivi per molto tempo ed erano difficili da motivare.	Un esperimento pre e post con la versione olandese della Brief Negative Symptom Scale è stato condotto su cinque pazienti affetti da Schizofrenia Durante il periodo sperimentale, il socio-terapeuta ha valutato i sintomi negativi dei pazienti tre volte a settimana utilizzando una scala di osservazione. Per valutare le variazioni quantitative nei sintomi negativi per ciascun paziente, è stato utilizzato un indice di cambiamento affidabile, accompagnato da un'analisi dei modelli di simulazione.
9	David T. Turner, Edel McGlanaghy, Pim Cuijpers, Mark van der Gaag, Eirini Karyotaki e Angus MacBeth	2017 Schizophre- nia Bulletin	A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis	Ricerca sistematica di letteratura	Identificare e studiare l'efficacia dei sottotipi di SST.	Ha avuto effetti positivi per i sintomi negativi	SST dimostra una grandezza di effetto per i sintomi negativi simili a quelli comunemente riportati per la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) per i sintomi positivi, anche se a differenza di CBT, SST non è di routine raccomandato nelle linee guida di trattamento per l'intervento psicologico.

10	Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado, Ortegabravo, Ribas-Sabaté, & Caqueo-Urizar	2013 Schizophrenia research	A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary Study	pazienti con diagnosi di schizofrenia, divisi in due gruppi	Indagare l'efficiacia dell'intervento Social Skills Training rivolto A pazienti con diagnosi di schizofrenia e che fossero in grado di partecipare ad una terapia di gruppo	I pazienti che hanno ricevuto il trattamento di SST hanno dimostrato miglioramento nella psicopatologia, nel disagio sociale, nella cognizione sociale, nell'isolamento sociale, nella comunicazione interpersonale e nella qualità di vita, comparato al gruppo TAU. Ad un follow up di 6 mesi molti risultati si sono mantenuti.	La predominanza di pazienti di sesso maschile pu limitare la generalizzazione dei risultati. Inoltre lo studio non è stato condotto in cieco, ne da parte dei ricercatori ne dai pazienti. Inoltre gli autori ipotizzano che il beneficio del gruppo sperimentale sia dovuto anche al fatto che, a confronto del gruppo controllo, si lavorava in gruppo in cui le interazioni sono favorite.
----	-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11	<p>Hatice Aboğlu, Emre Mutlu, Sertaç Ak, Esra Akl, A Elif Anıl Yağcıoğlu</p>	<p>2020 Turkish journal of psychiatry</p>	<p>The Effect of Life Skills Training on Functioning in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial</p>	<p>Un totale di 32 individui diagnosticati con la schizofrenia è stato assegnato casualmente ai gruppi di studio (n=15) e di controllo (n=17). Studio randomizzato controllato</p>	<p>Indagare gli effetti della formazione personalizzata sulle abilità di vita sulla funzionalità delle persone diagnosticate con la schizofrenia.</p>	<p>Si sono mostrate migliori nei sintomi negativi, nella psicopatologia generale, nella gravità della malattia e nell'indipendenza nelle attività di vita quotidiana di base e strumentali e nella funzionalità del gruppo di studio rispetto al gruppo di controllo.</p>	<p>lo social skill training pu essere ritenuto un metodo terapeutico efficace per la riabilitazione delle persone con diagnosi di schizofrenia. I risultati del nostro studio dovrebbero essere supportati da studi di follow-up a lungo termine.</p>
12	<p>Nowak, I., Sabariego, C., Świtaj, P. <i>et al.</i></p>	<p>2016 BMC Psychiatry</p>	<p>Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions.</p>	<p>50 diversi studi Studio di revisione sistematica</p>	<p>Verificare l'efficacia della Terapia Cognitiva sulle funzioni psicosociali e sui sintomi negativi.</p>	<p>La maggior parte degli studi ha dimostrato miglioramenti significativi nei sintomi negativi durante il trattamento</p>	<p>Gli interventi di CBT incentrati sul recupero sembrano essere un approccio terapeutico promettente in quanto mirano alla disabilità da una prospettiva più ampia, compresi i settori di attività e partecipazione. Riflettono le opinioni degli utenti di recupero e le tendenze verso il miglioramento dell'umore, i sintomi negativi e il funzionamento sono mostrati.</p>

ALLEGATO 2. Items scale di valutazione: SANS, PANSS ,NSA-16

Symptom domain	SANS ^a	PANSS ^b	NSA-16
Blunted affect	Unchanging facial expression Decreased spontaneous movements Paucity of expressive gestures Poor eye contact Affective nonresponsivity Lack of vocal inflections Inappropriate affect	Blunted affect	Affect: reduced modulation Affect: reduced display Reduced expressive gestures
Alogia	Poverty of speech Poverty of content of speech ^c Blocking Increased latency of response	Lack of spontaneity and flow of conversation	*Restricted speech quantity Impoverished speech content
Asociality	Sexual interest and activity Ability to feel intimacy and closeness Relationship with friends and peers	Emotional withdrawal Poor rapport Passive/apathetic social withdrawal	*Reduced social drive Poor rapport with interviewer Reduced sexual interest

Symptom domain	SANS ^a	PANSS ^b	NSA-16
Other	<p>Social inattentiveness</p> <p>Inattentiveness during mental status testing</p>	<p>Difficulty in abstract thinking</p> <p>Stereotyped thinking</p>	<p>Prolonged time to respond</p> <p>Inarticulate speech</p> <p>Slow movements</p> <p>*Emotion: reduced range</p>