



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina e
Chirurgia Corso di Laurea in
Infermieristica
Tesi di Laurea

**LA RIABILITAZIONE COGNITIVA NELLA SCHIZOFRENIA: INTERVENTI
BASATI SULLE EVIDENZE**

Relatore: Dott. Danieli Andrea

Laureanda: Varagnolo Giorgia
Matricola n. 2058527

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

ABSTRACT

Introduzione: la schizofrenia è un disturbo psichiatrico complesso che, oltre ai sintomi psicotici, comporta deficit cognitivi, che influiscono negativamente sul funzionamento globale dei pazienti e sulla qualità della loro vita. Questi deficit possono includere: compromissione della memoria, deficit dell'attenzione, della velocità di elaborazione; rappresentano una delle principali sfide nel trattamento e nella riabilitazione dei soggetti.

Obiettivo: lo scopo di questa tesi è esaminare l'efficacia della riabilitazione cognitiva nella schizofrenia, con un focus sugli interventi utilizzati e il loro impatto sull'incremento delle funzioni cognitive.

Materiali e metodi: il presente elaborato è una revisione della letteratura condotta utilizzando la banca dati PubMed, selezionando articoli pertinenti e con criteri di inclusione che riguardano la riabilitazione cognitiva della schizofrenia e la sua efficacia.

Risultati: i risultati mostrano che la riabilitazione cognitiva può contribuire a migliorare le funzioni cognitive e, di conseguenza, il funzionamento globale dei pazienti affetti da schizofrenia, sebbene l'efficacia possa variare in base alla tipologia di intervento e alla gravità dei sintomi.

Si sottolinea l'importanza di un approccio personalizzato integrato nella riabilitazione cognitiva per ottimizzare i risultati terapeutici.

Conclusioni: questo elaborato fornisce un insieme di informazioni che chiariscono il ruolo fondamentale della riabilitazione cognitiva della schizofrenia.

Gli studi presi in analisi hanno dimostrato l'efficacia della riabilitazione cognitiva nei pazienti affetti da schizofrenia, sottolineando l'incremento delle funzioni cognitive e il miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

Keywords: schizophrenia, cognitive function, rehabilitation.

INDICE

Introduzione	3
Capitolo I: la schizofrenia	5
1.1. le caratteristiche cliniche e sintomatologia della schizofrenia	5
1.2. I disturbi cognitivi nella schizofrenia	8
1.3. La riabilitazione psicosociale della schizofrenia in base ai sintomi	10
Capitolo II: La riabilitazione cognitiva nella schizofrenia	13
2.1. La rilevanza della riabilitazione cognitiva della schizofrenia	13
2.2. Tecniche di rimedio cognitivo	14
2.3. Il ruolo dell'infermiere nella riabilitazione psicosociale della schizofrenia 17	
Capitolo III: Materiali e metodi	21
3.1. Stesura narrativa dei quesiti	21
3.2. Metodo PIO	21
3.3. Obiettivo dello studio	21
3.4. Keywords	21
3.5. Fonte dei dati	21
Capitolo IV: Metodologie di valutazione e monitoraggio	23
4.1. Strumenti di valutazione delle funzioni cognitive	23
4.2. L'importanza della valutazione cognitiva nel monitoraggio degli interventi ...	25
Capitolo V: Discussione e conclusioni	27
5.1. Analisi degli articoli selezionati	27
5.2. Conclusioni	29
Bibliografia	32

Introduzione

La schizofrenia è un disturbo psichiatrico caratterizzato da un insieme di sintomi che influiscono sulle emozioni, sul comportamento e sul pensiero di una persona.

Questo disturbo ha un impatto negativo sulla vita dei pazienti perché influenza la loro capacità di instaurare rapporti in ambito sociale o lavorativo.

I sintomi della schizofrenia sono: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento grossolanamente disorganizzato e comportamento catatonico.

Questi si raggruppano in sintomi positivi, negativi, cognitivi e affettivi.

La schizofrenia colpisce anche la memoria, l'attenzione, la velocità di processamento e le funzioni esecutive; questi deficit possono manifestarsi anche prima dell'insorgenza dei sintomi psicotici, compromettendo l'autonomia del paziente e la loro quotidianità.

La riabilitazione cognitiva è un approccio fondamentale per migliorare l'interazione sociale e lavorativa delle persone affette da schizofrenia.

La riabilitazione cognitiva permette di potenziare le abilità cognitive compromesse, supportare i pazienti nello sviluppo di strategie per affrontare le difficoltà quotidiane attraverso degli interventi specifici ed individualizzati.

Un intervento farmacologico, da solo, non è sufficiente per affrontare i problemi cognitivi associati a questa malattia.

La riabilitazione cognitiva offre un approccio più completo, che favorisce il miglioramento delle funzioni cognitive specifiche che influenzano la vita quotidiana dei pazienti.

Numerosi studi dimostrano che l'integrazione di terapie riabilitative con la terapia farmacologica migliorano la qualità della vita, il benessere generale e le capacità cognitive.

In questa tesi verranno analizzate le tecniche di rimedio cognitivo, gli strumenti di valutazione delle funzioni cognitive e i protocolli di monitoraggio per valutare l'efficacia degli interventi.

Capitolo i: la schizofrenia

1.1. le caratteristiche cliniche e sintomatologia della schizofrenia

La schizofrenia è un disturbo mentale caratterizzato da una serie di sintomi che possono influire profondamente sul pensiero, sulle emozioni e sul comportamento di una persona.

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione DSM5 (Edizione italiana 2014) i criteri principali per la diagnosi di schizofrenia sono:

1. Deliri.
2. Allucinazioni.
3. Eloquio disorganizzato.
4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.
5. Sintomi negativi.

1. I deliri sono credenze false e irrazionali che il paziente considera come vere. Possono includere idee di persecuzione, di grandezza (convincersi di avere poteri speciali), o di riferimento (pensare che alcuni eventi o oggetti abbiano un significato particolare).
2. Le allucinazioni sono percezioni sensoriali che si verificano in assenza di stimoli reali, quelle più comuni sono: le allucinazioni uditive (il paziente parla con le voci, queste gli attribuiscono comandi), allucinazioni tattili, olfattive o gustative.
3. L'eloquio disorganizzato è un discorso incoerente e difficile da comprendere. Il paziente durante il dialogo ha difficoltà a seguire un filo logico, saltando da un argomento all'altro, inventando parole o utilizzandole in modo inappropriato.
4. Il comportamento grossolanamente disorganizzato fa riferimento ad azioni o atteggiamenti imprevedibili e senza scopo che interferiscono con la vita quotidiana del paziente.

Questo può causare uno stato di agitazione senza motivo, movimenti bizzarri, difficoltà a prendersi cura di sé stessi.

Il comportamento catatonico è una anomalia del comportamento motorio, che può manifestarsi con immobilità completa o un'attività motoria eccessiva ma senza scopo.

5. Sintomi negativi: indicano una riduzione o la perdita delle normali funzioni:
 - Anedonia: perdita delle capacità di provare piacere in attività precedentemente

piacevoli.

- Alogia: povertà di linguaggio, sia in termini di quantità che di contenuto.
- Appiattimento affettivo: diminuzione delle espressioni emotive, sia verbali che non verbali.
- Isolamento sociale: tendenza a ritirarsi dalle interazioni sociali evitando il contatto con le altre persone.

Clinicamente i sintomi della schizofrenia si distinguono in:

1. Sintomi positivi.
2. Sintomi negativi.
3. Sintomi cognitivi.
4. Sintomi affettivi.

- 1- Sintomi positivi: rappresentano un eccesso o una distorsione delle normali funzioni mentali e includono: deliri, allucinazioni, disorganizzazione del pensiero, comportamento motorio disorganizzato o anormale.
- 2- Sintomi negativi: indicano una riduzione o la perdita delle normali funzioni: anedonia, alogia, appiattimento affettivo e isolamento sociale.
- 3- Sintomi cognitivi: riguardano le funzioni cognitive e possono influenzare la capacità di pensare chiaramente:
 - Deficit di attenzione: difficoltà a concentrarsi o a mantenere l'attenzione su un compito o su un'attività.
 - Memoria compromessa: problemi di memoria a breve termine, come dimenticare informazioni appena apprese.
 - Difficoltà nel processo decisionale: difficoltà nel pianificare e prendere decisioni che possono influenzare la capacità di affrontare le situazioni quotidiane.
- 4- Sintomi affettivi: riguardano le emozioni e l'umore della persona:
 - Ansia: alcuni pazienti possono sviluppare sintomi ansiosi o stati di panico.
 - Depressione: la schizofrenia può essere accompagnata da sintomi depressivi come tristezza persistente, mancanza di speranza e pensieri suicidari.

Possibilità di eccitamento dello spettro maniaco del tono dell'umore: umore elevato,

iperattività ed eccitazione sono sintomi che appartengono allo spettro maniaco. L'eccitamento complica la gestione clinica del disturbo.

La disfunzione sociale e scolastica lavorativa descrive tutte le difficoltà dei pazienti ad instaurare relazioni sociali o a mantenerle.

I pazienti faticano a comunicare in modo efficace e a mantenere relazioni, andando incontro ad isolamento sociale. Sono inoltre spesso incapaci di mantenere un'attività lavorativa o scolastica.

Le cause della schizofrenia non sono ancora note, ma esistono evidenze di una componente genetica e ambientale, fattori di rischio sociale, malattia del neurosviluppo, complicanze ipossiche durante la gravidanza o il parto, alterata regolazione della trasmissione dopaminergica, ipotesi glutamatergica, ipotesi infiammatoria.

I sintomi tendono a manifestarsi durante l'adolescenza o nella prima età adulta, per poter formulare una diagnosi è necessario che uno o più episodi sintomatici persistano per almeno sei mesi, durante i quali deve verificarsi almeno per un mese sintomi quali: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico e sintomi negativi.

All'interno dei criteri diagnostici del DSM-5, è necessario indicare se nei periodi prodromici o residui, i sintomi si manifestano solo attraverso sintomi negativi o con una forma attenuata di due o più sintomi sopraelencati.

Si deve precisare se i seguenti specificatori devono essere utilizzati solo dopo un anno di durata del disturbo e se non sono in contraddizione con criteri diagnostici di decorso:

- Primo episodio, attualmente in episodio acuto.
- Primo episodio, attualmente in remissione parziale.
- Primo episodio, attualmente in remissione completa.
- Episodi multipli, attualmente in remissione parziale.
- Episodi multipli, attualmente in remissione completa.
- Inoltre, si deve specificare se gli episodi schizofrenici presentano catatonia (sindrome di tipo psichiatrico caratterizzata da anomalie motorie, emotive e comportamentali che può dipendere da patologie organiche e psichiche).

1.2. I disturbi cognitivi nella schizofrenia

I disturbi cognitivi associati alla schizofrenia rappresentano una delle dimensioni più debilitanti della malattia e influiscono significativamente sulla vita quotidiana sul funzionamento sociale dei pazienti.

Questi deficit cognitivi possono manifestarsi in diverse aree tra cui:

- Memoria: la memoria di lavoro e la memoria episodica sono spesso compromesse.

I pazienti possono avere difficoltà a mantenere e manipolare le informazioni nel breve termine e a richiamare ricordi del passato.

- Attenzione: i disturbi dell'attenzione sono comuni, rendendo difficile per i pazienti concentrarsi su compiti specifici o filtrare stimoli irrilevanti, il che può interferire con l'apprendimento e le attività quotidiane.
- Funzioni esecutive: le funzioni esecutive includono il problem solving, la pianificazione degli impulsi, sono spesso significativamente compromesse. Questo può portare a difficoltà nel prendere decisioni, nel gestire situazioni complesse e nel regolare il comportamento.
- Velocità di elaborazione: la capacità di processare informazioni rapidamente è spesso rallentata, rallentando l'elaborazione mentale e la risposta a stimoli esterni.
- Capacità visuo-spaziali: i pazienti possono avere difficoltà a percepire e interpretare correttamente le informazioni visive, compromettendo le loro capacità di navigare nell'ambiente o di eseguire compiti che richiedano la coordinazione visuo-motoria.
- Linguaggio e pensiero: i disturbi cognitivi nella schizofrenia possono influenzare anche la coerenza del linguaggio e del pensiero, portando a discorsi disorganizzati a difficoltà nel trovare le parole giuste durante una conversazione.

Questi deficit cognitivi sono spesso resistenti al trattamento farmacologico e rappresentano una sfida significativa per la riabilitazione dei pazienti, sottolineando l'importanza di interventi mirati alla riabilitazione cognitiva per migliorare il funzionamento globale e la qualità della vita.

Biondi et al (2011) nel testo "Trattato Italiano di Psichiatria" hanno individuato le principali varianti cliniche della schizofrenia in base ai sintomi:

- Schizofrenia paranoide: le caratteristiche principali sono deliri e allucinazioni

uditive; i deliri hanno spesso un contenuto persecutorio o grandioso: i pazienti possono credere di essere vittime di un complotto o di avere poteri speciali.

Le funzioni cognitive ed emotive tendono ad essere meglio preservate rispetto ad altre forme di schizofrenia.

Le persone con schizofrenia paranoide possono mantenere un comportamento relativamente organizzato, ma tendono ad essere molto sospettose e diffidenti nei confronti degli altri, il che può portare all'isolamento sociale.

Sintomi tipici: deliri, allucinazioni uditive, atteggiamento sospettoso e ostile.

- Schizofrenia disorganizzata: nota anche come ebefrenica è un disturbo caratterizzato da disorganizzazione del pensiero e del comportamento.

I pazienti a causa del comportamento imprevedibile, un'affettività appiattita o inappropriata hanno difficoltà a gestire le attività di vita quotidiana.

Sintomi tipici: comportamento disorganizzato, discorso incoerente, affettività inappropriata o appiattita, difficoltà a prendersi cura di sé.

- Schizofrenia catatonica: è caratterizzata da disturbi motori significativi, che possono variare dall'immobilità estrema (stupor) a movimenti incontrollati (agitazione catatonica).

I pazienti possono presentare posture rigide, mutismo o comportamenti ripetitivi. Un'altra caratteristica è il negativismo (resistenza ai tentativi di essere guidati o toccati).

Anche se questa forma è meno comune oggi, grazie ai miglioramenti nel trattamento farmacologico, può essere grave e richiedere interventi immediati.

Sintomi tipici: immobilità catatonica, movimenti ripetitivi e stereotipati, mutismo.

- Schizofrenia indifferenziata: è diagnosticata quando i sintomi della schizofrenia sono presenti ma non soddisfano completamente i criteri per le forme specifiche (paranoide, disorganizzata o catatonica).

I pazienti con questa diagnosi mostrano una combinazione di sintomi positivi e negativi, ma non in un quadro clinico abbastanza coerente da essere classificato nelle forme descritte sopra.

Sintomi tipici: deliri, allucinazioni, disorganizzazione e sintomi negativi.

- Schizofrenia residuale: si riferisce a uno stato cronico della malattia in cui i sintomi psicotici acuti (deliri e allucinazioni) sono ridotti o assenti, ma persistono sintomi

negativi come l'appiattimento affettivo, la povertà del pensiero e la diminuzione della motivazione.

- Questo stato può essere osservato nei pazienti che hanno avuto precedenti episodi psicotici, ma che continuano a soffrire di deficit cognitivi e sociali.
- Attualmente nel DSM-5 è stata presa la decisione di eliminare questi sottotipi perché spesso i pazienti presentano sintomi che si sovrappongono tra i diversi sottotipi, e il decorso della malattia può cambiare nel tempo, rendendo difficile una categorizzazione rigida.
- Ora la schizofrenia viene valutata con l'osservazione e la valutazione dei sintomi che manifesta il paziente, in tutte le dimensioni, per effettuare una diagnosi e un trattamento personalizzati.

1.3. La riabilitazione psicosociale della schizofrenia in base ai sintomi

La riabilitazione psicosociale nella schizofrenia mira a migliorare la qualità della vita dei pazienti, aiutandoli a raggiungere il massimo livello possibile di funzionamento sociale e l'autonomia.

Questo approccio multidisciplinare non si limita a trattare i sintomi clinici della schizofrenia, mira a migliorare la qualità di vita e favorisce l'integrazione sociale del paziente.

Secondo Vita et al. (2013), la Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT), integrata con altre tecniche riabilitative, è particolarmente utile nei pazienti con sintomi residui e stabili, poiché migliora il controllo del disturbo e la qualità della vita a lungo termine.

Gli obiettivi della riabilitazione psicosociale della schizofrenia sono:

- Miglioramento delle funzioni cognitive e sociali: gli interventi mirano a potenziare le capacità cognitive (memoria, attenzione, funzioni esecutive) e le competenze sociali, essenziali per l'interazione sociale e la vita quotidiana.
- Promozione dell'autonomia: l'obiettivo è quello di aiutare il paziente a gestire in modo indipendente le attività quotidiane, come la cura personale, la gestione delle attività domestiche, le finanze, migliorando così la loro capacità di vivere autonomamente.
- Integrazione sociale e lavorativa: supportare il reinserimento lavorativo e sociale è un punto fondamentale nella riabilitazione del paziente.

I programmi di formazione professionale e di supporto al lavoro forniscono un impiego, favorendo il senso di autostima e di appartenenza al gruppo.

- Prevenzione delle ricadute: è un aspetto cruciale, l'obiettivo è quello di educare il paziente e la famiglia al riconoscimento precoce dei sintomi, migliorare la gestione dello stress.
- Supporto abitativo: aiutare i pazienti che non hanno un alloggio stabile a trovarlo e mantenerlo, con il supporto di strutture residenziali, appartamenti assistiti o case alloggio.

Gli interventi e le tecniche utilizzate sono:

- 1- Terapia cognitivo-comportamentale (CBT): è utilizzata per aiutare i pazienti a riconoscere e modificare pensieri e comportamenti disfunzionali con l'obiettivo di ridurre i sintomi psicotici come deliri e allucinazioni, migliorare il coping della malattia e prevenire le ricadute.
- 2- Psicoeducazione familiare: coinvolge il paziente e la famiglia, fornendo le conoscenze necessarie per comprendere la schizofrenia, gestire i sintomi e supportare il progetto di recupero del paziente.

Come evidenziato da Carozza (2010), tale intervento non solo migliora la comunicazione all'interno del contesto familiare, ma aiuta anche a ridurre lo stigma sociale e la vergogna legata alla malattia, migliorando l'aderenza al trattamento.

- 3- Terapia occupazionale: sono interventi che migliorano le capacità pratiche e lavorative del paziente, si focalizzano sulle attività quotidiane e sulla partecipazione alla vita lavorativa.

Come sottolineato da Vita et al. (2013), il recupero di abilità pratiche aumenta l'autostima del paziente e il suo senso di competenza.

- 4- Social skills training: programmi che insegnano al paziente ad interagire in modo efficace con gli altri.
- 5- Illness management and recovery: educare il paziente a riconoscere i sintomi positivi e negativi per una gestione corretta della malattia.

Questo tipo di intervento, come descritto da Vita et al (2013), non solo riduce il rischio di ricadute, ma migliora l'autogestione del paziente e la capacità di affrontare i fattori di stress quotidiani.

- 6- Riabilitazione cognitiva: interventi specifici volti a migliorare le funzioni cognitive

compromesse, come l'attenzione, la memoria, e le funzioni esecutive.

L'obiettivo è quello di potenziare le capacità cognitive, migliorare il funzionamento globale e la qualità della vita. Secondo Vita et al. (2013), la riabilitazione cognitiva, integrata con altri interventi psicosociali, ha dimostrato la sua efficacia nel migliorare le prestazioni cognitive e globali dei pazienti, favorendo una maggiore autonomia e migliorando la qualità della vita.

La riabilitazione psicosociale nella schizofrenia richiede un impegno a lungo termine e il coinvolgimento di una rete di supporto, che include psichiatri, psicologici, assistenti sociali, terapisti occupazionali e, spesso, la famiglia del paziente.

La riabilitazione psicosociale rappresenta un complemento essenziale alla terapia farmacologica, che da sola non è sufficiente per garantire un recupero completo.

Questo approccio integrato è considerato il più efficace nella gestione a lungo termine della schizofrenia.

Il trattamento cognitivo è consigliato per i pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico clinicamente stabili in qualsiasi fase della malattia, al fine di migliorare le loro prestazioni neuropsicologiche.

È necessario inserire all'interno del piano terapeutico riabilitativo tecniche di trattamento cognitivo.

L'integrazione con interventi di social skills e/o social cognition ha dimostrato l'efficacia nel miglioramento globale del paziente.

Capitolo II: La riabilitazione cognitiva nella schizofrenia

2.1. La rilevanza della riabilitazione cognitiva della schizofrenia

La riabilitazione cognitiva è un approccio chiave nella gestione e nel trattamento della schizofrenia, un disturbo psichiatrico che comporta sintomi psicotici come allucinazioni, pensiero disorganizzato, deliri, sintomi cognitivi, sintomi positivi e negativi.

La riabilitazione cognitiva mira a migliorare i sintomi i sintomi cognitivi come i deficit di memoria e di attenzione, la velocità di elaborazione e la funzionalità esecutiva.

Le fasi della schizofrenia non rispondono del tutto al trattamento farmacologico, possono quindi avere un impatto negativo sulla qualità di vita del paziente, riducendo la qualità della vita sociale e lavorativa e sul decorso della patologia.

Per questo motivo è necessario integrare il trattamento farmacologico con la riabilitazione cognitiva, in modo da ottenere risultati significativi nel miglioramento della qualità di vita del paziente.

La riabilitazione cognitiva agisce nel:

- Miglioramento delle funzioni sociali e occupazionali.
- Riduzione del rischio di ricadute.
- Supporto al trattamento farmacologico.
- Personalizzazione del trattamento.

Secondo il manuale di A. Vita et al (2013) l'integrazione di interventi cognitivi all'interno del trattamento globale della schizofrenia è associata a un miglioramento significativo delle prestazioni neuropsicologiche, in particolare nella memoria di lavoro, delle funzioni esecutive e della capacità di attenzione. Gli interventi di riabilitazione cognitiva sono indicati in pazienti clinicamente stabili, sia nelle fasi iniziali della malattia che nei pazienti cronici.

Il Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica (Vita et al 2019) evidenzia come i protocolli di riabilitazione cognitiva più efficaci siano basati su esercizi ripetitivi e progressivi, capaci di stimolare specifiche aree cognitive compromesse. Programmi come il NEAR (Neuropsychological Education Approach to Remediation) e il Cognitive Remediation Therapy (CRT), ampiamente utilizzati

nella riabilitazione della schizofrenia, mirano a migliorare le capacità cognitive di base, favorendo al contempo la generalizzazione dei miglioramenti nel contesto della vita quotidiana.

Diversi studi hanno dimostrato che l'integrazione di programmi di riabilitazione cognitiva all'interno del trattamento della schizofrenia porta a miglioramenti significativi non solo sul piano cognitivo, ma anche nella qualità della vita e nel funzionamento globale del paziente.

Secondo Vita et al (2013), i programmi di riabilitazione cognitiva sono supportati da una vasta gamma di studi che ne dimostrano l'efficacia nel miglioramento di domini cognitivi specifici e nella generalizzazione di questi benefici alle attività quotidiane del paziente.

Tali programmi hanno mostrato anche una riduzione dei sintomi negativi e una maggiore aderenza ai trattamenti farmacologici e psicosociali.

Tra i programmi più diffusi vi sono quelli che utilizzano software per il training cognitivo, che permettono di personalizzare l'intervento sulle specifiche esigenze del paziente e monitorarne i progressi in modo continuo.

Diversi studi dimostrano che pazienti che partecipano a programmi di riabilitazione cognitiva mostrano un miglioramento nel reinserimento lavorativo e un miglior controllo della malattia rispetto ai pazienti che ricevono solo trattamenti farmacologici.

La riabilitazione cognitiva non si propone come sostituto della terapia farmacologica, bensì come un complemento essenziale.

Mentre i farmaci antipsicotici sono efficaci nel controllo dei sintomi positivi della schizofrenia (come allucinazioni e deliri), essi mostrano limitata efficacia nel migliorare i deficit cognitivi.

È per questo che, come evidenziato da Carozza (2010), l'approccio integrato, che combina interventi farmacologici con programmi di riabilitazione cognitiva e psicosociale, è considerato il più efficace per un recupero funzionale globale del paziente.

2.2. Tecniche di rimedio cognitivo

Le tecniche di rimedio cognitivo si basano su approcci sia tecnologici che comportamentali, con un focus sulla plasticità cerebrale e sulla possibilità di

migliorare specifiche capacità cognitive attraverso il training.

Le principali tecniche, descritte da Vita et al (2013), includono:

1. Training neurocognitivo computerizzato.
2. Terapia di rimedio cognitivo (CRT).
3. Terapia psicologica integrata (IPT).
4. Training metacognitivo (MCT).
5. Training delle abilità sociali e delle interazioni (SCIT).
6. Training delle funzioni esecutive.
7. Terapia neurocognitiva integrata (INT).
8. Training all'adattamento cognitivo (CAT).
9. Terapia di potenziamento cognitivo (CET)

1- Il training neurocognitivo computerizzato impiega software specifici che analizzano le funzioni cognitive compromesse dalla schizofrenia; questo approccio utilizza esercizi mirati e ripetitivi, adattati alle esigenze del paziente. Gli obiettivi sono: migliorare la memoria, potenziare l'attenzione e la concentrazione, aumentare la velocità di elaborazione delle informazioni.

Alcuni strumenti possono essere: il REHACOM (un sistema di riabilitazione cognitiva computerizzata che utilizza esercizi per memoria, velocità ed elaborazione) e il Cogpack (un software progettato per migliorare le abilità cognitive e le funzioni esecutive).

2- La terapia di rimedio cognitivo (CRT) è una delle metodologie più utilizzate nel trattamento dei deficit cognitivi della schizofrenia. La CRT migliora le funzioni cognitive mediante esercizi che allenano la memoria, la flessibilità cognitiva, le funzioni esecutive e l'attenzione.

Gli interventi di rimedio cognitivo si concentrano nel migliorare la memoria di lavoro (essenziale per le attività di vita quotidiana), flessibilità cognitiva (capacità di adattarsi a nuovi compiti), pianificazione e problem solving (fondamentali per l'autonomia del paziente).

3- La terapia psicologica integrata (IPT) combina esercizi cognitivi con interventi psicosociali.

La terapia psicologica integrata è suddivisa in cinque moduli principali:

- Orientamento cognitivo: incrementa la capacità di attenzione e concentrazione.
 - Differenziazione cognitiva: mira ad aumentare le capacità di problem solving.
 - Comunicazione: incrementa le capacità di comprensione linguistica.
 - Interazioni sociali: aumenta le abilità di interazione sociale.
 - Comportamenti interpersonali: migliorare i rapporti sociali e interpersonali.
- 4- Il training metacognitivo (MCT) è una tecnica progettata per aumentare la consapevolezza dei pazienti schizofrenici sui propri processi cognitivi e migliorare la loro capacità di auto-riflessione. Questo approccio è maggiormente indicato per i pazienti schizofrenici che manifestano allucinazioni e delirio.

Il training metacognitivo si focalizza su:

- Riconoscimento dei bias cognitivi: automatismi mentali dai quali si generano credenze e da cui si traggono decisioni veloci.
 - Miglioramento della consapevolezza del pensiero disfunzionale.
 - Riduzione dei sintomi positivi grazie all'auto-monitoraggio e correzione.
- 5- Il training delle abilità sociali e dell'interazione (SCIT) è un approccio che migliora la cognizione sociale, ovvero capacitarsi degli stati mentali altrui, gestire le emozioni e interagire a livello sociale.

Il training delle abilità sociali e dell'interazione (SCIT) si focalizza su:

- Riconoscimento delle emozioni: aiutare a capire correttamente le emozioni degli altrui.
- Teoria della mente: incrementare la capacità di comprendere pensieri e intenzioni altrui.
- Regolazione emotiva: istruire il paziente con strategie per la gestione delle emozioni nelle interazioni sociali.

La compensazione cognitiva è una tecnica che fornisce ai pazienti strumenti e strategie che compensano i deficit cognitivi che non prevedono un recupero completo.

Risultano efficaci l'uso di promemoria visivi o scritti, strategie di suddivisione dei compiti, l'uso di dispositivi tecnologici.

- 6- Il training delle funzioni esecutive migliora la capacità di:
 - Gestire situazioni difficili.
 - Prendere decisioni in situazioni ambigue.
 - Pianificare e organizzare attività quotidiane.
 - Questo training mira a rendere i pazienti più autonomi e migliorare la loro qualità di vita.
- 7- La terapia neurocognitiva integrata (INT): integra il miglioramento delle funzioni cognitive con la riabilitazione delle abilità sociali.
- 8- Il training di adattamento cognitivo (CAT): si basa sull'adattamento dell'ambiente per migliorare l'uso delle funzioni cognitive nel quotidiano; viene personalizzato per ciascun paziente includendo strumenti pratici per facilitare l'organizzazione e la gestione della vita quotidiana.
- 9- La terapia di potenziamento cognitivo (CET): combina la riabilitazione cognitiva con l'addestramento delle abilità sociali. mira a migliorare la cognizione sociale e l'intelligenza emotiva, con l'obiettivo di facilitare l'integrazione sociale dei pazienti.

2.3 . Il ruolo dell'infermiere nella riabilitazione psicosociale della schizofrenia

L'infermiere ha un ruolo importante nella riabilitazione psicosociale della schizofrenia; questa figura ha il compito di promuovere e accompagnare il paziente durante il percorso riabilitativo.

Nel testo scritto da Semisa et al (2013) le principali responsabilità e compiti dell'infermiere sono:

- Educare il paziente e la famiglia informandoli sulla natura della schizofrenia, sui sintomi, sui trattamenti sulla gestione della malattia.
- Insegnare strategie di coping aiutando il paziente ad affrontare lo stress, gestire i sintomi e prevenire le ricadute.

Uno strumento di riabilitazione cognitiva è il Cogpack, progettato per trattare i deficit cognitivi dei pazienti, questi svolgono esercizi sul computer permettendo così di monitorare i progressi svolti.

Anche questo programma viene adattato al singolo paziente, e alle sue caratteristiche cliniche.

Gli obiettivi del Cogpack sono il miglioramento della funzione cognitiva e l'integrazione con gli altri trattamenti.

È necessario coinvolgere la famiglia insegnando come riconoscere i sintomi e i segnali della malattia, favorendo un ambiente di supporto.

- Supporto emotivo e relazionale stabilendo una relazione terapeutica di fiducia, creando un ambiente dove il paziente può esprimersi e sentirsi compreso.

L'infermiere aiuta il paziente a comprendere e riconoscere le proprie emozioni, mettendo a disposizione supporto e un ascolto attivo.

- Promuovere l'autonomia attraverso lo sviluppo di attività pratiche (come, ad esempio, la cura di sé, la gestione della vita domestica); questa figura deve inoltre favorire l'aderenza terapeutica ai trattamenti farmacologici e psicosociali, soffermandosi con il paziente sull'importanza della continuità terapeutica.
- Partecipare ai programmi di social skills training, attività che hanno lo scopo di migliorare le capacità del paziente nell'interagire con gli altri e gestire le relazioni sociali.

Degli esempi possono essere il Role playing (dove il paziente simula situazioni sociali per addestrare il paziente alla vita reale, come andare al supermercato, chiedere aiuto ad estranei, fare acquisti), sessioni di gruppo (attività strutturate che includono esercizi di risoluzione dei conflitti e cooperazione), il modeling (gli infermieri mostrano comportamenti sociali adeguati che i pazienti devono imitare).

- Monitorare il paziente al fine di individuare precocemente segni di ricadute, intervenendo tempestivamente.

È necessario osservare i cambiamenti comportamentali e cognitivi, pianificare interventi precoci con il team multidisciplinare, modificando rapidamente il piano di cura, evitando il peggioramento del quadro clinico.

La collaborazione con il team multidisciplinare è fondamentale per assicurare che il piano terapeutico sia efficace e risponda correttamente ai bisogni del paziente.

L'infermiere svolge il ruolo di intermediario, riportando i progressi, i cambiamenti o le difficoltà del paziente. Questa figura professionale offre competenze cliniche per la gestione della malattia, ma anche supporto emotivo e pratico, per il recupero e

l'autonomia del paziente; collabora per migliorare la qualità di vita del paziente, favorendo il reinserimento sociale e prevenendo le ricadute.

Capitolo III: Materiali e metodi

3.1. Stesura narrativa dei quesiti

Quali sono i principali approcci terapeutici utilizzati nella riabilitazione cognitiva dei pazienti affetti da schizofrenia?

Qual è l'efficacia di tali approcci nell'incremento delle funzioni cognitive?

Come la riabilitazione cognitiva influenza la qualità di vita dei pazienti affetti da schizofrenia?

3.2. Metodo PIO

Problema (P): pazienti affetti da schizofrenia.

Interventi (I): la riabilitazione cognitiva.

Outcome (O): miglioramento delle funzioni cognitive e qualità della vita.

3.3. Obiettivo dello studio

L'obiettivo di questo studio è quello di comprendere gli approcci terapeutici della riabilitazione cognitiva nella schizofrenia, valutando l'efficacia nei pazienti e nella loro qualità di vita, identificando i fattori che influenzano questo approccio terapeutico.

3.4. Keywords

- schizophrenia.
- cognitive function.
- rehabilitation.

3.5. Fonte dei dati

Il materiale raccolto è stato reperito principalmente dalla banca dati di tipo biomedico PubMed.

Per produrre il presente elaborato sono stati utilizzati articoli scientifici pertinenti al tema preso in discussione, identificando la rilevanza del problema preso in esame.

L'operatore booleano utilizzato durante la ricerca è AND.

Capitolo IV: Metodologie di valutazione e monitoraggio

4.1. Strumenti di valutazione delle funzioni cognitive

Gli strumenti di valutazione cognitiva della schizofrenia sono progettati per misurare e monitorare le aree cognitive danneggiate nei pazienti, aiutando a personalizzare i piani di trattamento e riabilitazione.

I principali strumenti di valutazione delle funzioni cognitive nella schizofrenia secondo Vita (2013) e Carozza (2020) sono:

- 1- Matrics consensus Cognitive Battery (MCCB).
- 2- Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS).
- 3- Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS).
- 4- Cognitive Assesment Interview (CAI).

La Matrics Consensus Cognitive Battery è un test che valuta: attenzione, vigilanza, memoria di lavoro, velocità di processamento, memoria episodica, abilità di apprendimento, funzioni esecutive e fluidità verbale.

Al paziente vengono somministrati diversi test, che richiedono circa 90 minuti per essere completati. Questo test permette di avere un profilo dettagliato delle capacità cognitive del paziente.

Come descritto da A. Vita (2013) l'obiettivo è quello di valutare i cambiamenti cognitivi nel tempo, monitorizzando l'efficacia degli interventi nella fase di riabilitazione.

Permette di individuare i deficit cognitivi del paziente e intervenire per migliorarli. Secondo Carozza (2020) è un approccio basato sull'evidenza dei dati oggettivi che definiscono l'efficacia degli interventi terapeutici, migliorando la qualità della gestione clinica della schizofrenia.

Il Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia valuta sei aree cognitive:

- memoria verbale (capacità di ricordare liste di parole).
- memoria di lavoro (si misura la capacità di ricordare informazioni temporanee).
- fluenza verbale (il paziente deve utilizzare solo parole che iniziano con una determinata lettera),

- velocità di elaborazione (si misura attraverso dei compiti che richiedono una associazione a simboli o numeri),
- capacità motorie (si misurano precisione e velocità nell'eseguire dei compiti),
- funzioni esecutive (risolvere problemi o affrontare decisioni difficili).

Si assegnano al paziente compiti specifici, più o meno brevi, che possono essere conclusi in circa 30 minuti.

Questo strumento permette di avere una panoramica della capacità cognitive del paziente.

Come descritto da Carozza et al (2020), è uno strumento che individua i deficit cognitivi nei pazienti con schizofrenia, contribuisce a formulare una diagnosi più precisa e permette di pianificare interventi di riabilitazione cognitiva individualizzati.

La Repeatable Battery for Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) è uno strumento neuropsicologico ripetibile che permette di valutare in modo rapido e accurato diverse aree cognitive, come la memoria, l'attenzione e le abilità visuospatiali.

Questo strumento è stato progettato per valutare il deterioramento cognitivo in diverse condizioni neuropsichiatriche, ma è stato adottato e utilizzato anche nella schizofrenia per misurare deficit cognitivi specifici.

Si compone di cinque domini: attenzione, linguaggio, memoria immediata e memoria differita.

Secondo Vita et al (2013) la capacità di ripetere l'uso del test nel tempo lo rende particolarmente utile per monitorare i cambiamenti nel funzionamento cognitivo a seguito di interventi specifici.

Il Cognitive Assessment Interview (CAI) è un'intervista clinica strutturata per valutare le funzioni cognitive percepite dai pazienti e dai loro caregiver nel contesto di vita quotidiana.

L'intervista esplora le difficoltà cognitive esperienziali e il loro impatto sulle attività quotidiane, come la gestione finanziaria, la cura personale e le relazioni sociali.

Secondo Carozza et al (2020) fornisce una misura oggettiva delle difficoltà ma integra

anche informazioni soggettive che possono migliorare la comprensione globale del funzionamento cognitivo del paziente.

Risulta particolarmente utile nel collegare la valutazione neuropsicologica con il funzionamento reale.

Gli strumenti di valutazione delle funzioni cognitive nella schizofrenia sono fondamentali per identificare i deficit cognitivi che spesso compromettono il funzionamento quotidiano e la qualità della vita dei pazienti.

Oltre a fornire informazioni diagnostiche, guidano la pianificazione di interventi terapeutici e riabilitativi mirati, contribuendo al miglioramento degli esiti clinici.

L'utilizzo di questi strumenti permette di effettuare una valutazione precisa e replicabile delle funzioni cognitive, facilitando l'implementazione di programmi di riabilitazione cognitiva e la valutazione dei loro effetti nel tempo.

4.2. L'importanza della valutazione cognitiva nel monitoraggio degli interventi

Gli strumenti di valutazione delle funzioni cognitive sono fondamentali per il paziente affetto da schizofrenia poiché forniscono una stima dei deficit cognitivi e dei progressi nel tempo, aiutando la personalizzazione degli interventi e il monitoraggio dell'efficacia.

Vita (2013) e Carozza (2020) hanno individuato i seguenti benefici per il paziente:

- Stima dei deficit cognitivi: permette di identificare e quantificare i deficit specifici, come la memoria, l'attenzione e le funzioni esecutive.

Utilizzando strumenti come la Matrics Consensus Cognitive Battery ed il Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia i clinici possono ottenere una comprensione delle aree in cui il paziente presenta difficoltà, permettendo così la pianificazione di interventi mirati e personalizzati.

- Personalizzazione del trattamento: la conoscenza dei deficit cognitivi e dei progressi consente di personalizzare gli interventi terapeutici.

Ogni paziente con schizofrenia presenta un profilo di sintomi e deficit, quindi è fondamentale che i trattamenti siano adattati alle sue esigenze specifiche.

Gli strumenti di valutazione aiutano l'equipe a scegliere gli approcci adeguati e ad

ottimizzare l'efficacia degli interventi.

- Monitoraggio dei progressi nel tempo: attraverso valutazioni periodiche, i clinici possono monitorare i cambiamenti delle funzioni cognitive nel corso del trattamento.

Questo consente di valutare l'efficacia degli interventi e di adattare le strategie terapeutiche in base ai progressi o alle difficoltà riscontrate.

- Miglioramento della qualità di vita: il monitoraggio e il trattamento dei deficit cognitivi attraverso questi strumenti possono migliorare il funzionamento quotidiano del paziente, rendendolo più autonomo nelle attività quotidiane e facilitando il reinserimento sociale e lavorativo.

Una migliore condizione può tradursi in una maggiore capacità di affrontare le sfide della vita quotidiana e di mantenere relazioni interpersonali.

- Maggiore adesione al trattamento: fornisce un feedback sui loro progressi cognitivi può aumentare la loro motivazione e adesione al trattamento. Quando i pazienti vedono miglioramenti nelle loro abilità cognitive, sono più propensi a continuare ad impegnarsi nel processo terapeutico.

Questo è particolarmente importante nella schizofrenia, dove la mancanza di motivazione può essere una barriera al trattamento.

- Prevenzione delle ricadute: rilevare tempestivamente eventuali peggioramenti delle funzioni cognitive può aiutare e prevenire le ricadute psicotiche o altri peggioramenti clinici, consentendo agli specialisti di intervenire in anticipo e migliorare il decorso della malattia.
- Maggiore consapevolezza del paziente: la valutazione cognitiva non è utile solo per i medici, ma anche per i pazienti stessi.

Conoscere le proprie aree di forza e di debolezza cognitiva può aumentare la loro consapevolezza della malattia e motivarli a partecipare attivamente al trattamento. Questi strumenti di valutazione sono essenziali per migliorare non solo gli esiti clinici, ma anche la qualità della vita dei pazienti con schizofrenia.

Forniscono un quadro clinico del funzionamento cognitivo del paziente, permettendo interventi terapeutici più mirati e un monitoraggio continuo, fornendo un'assistenza più efficace e completa.

Capitolo V: Discussione e conclusioni

5.1. Analisi degli articoli selezionati

La Riabilitazione Cognitiva (CR) rappresenta una delle terapie più promettenti per affrontare deficit cognitivi legati alla schizofrenia e negli ultimi anni, numerosi studi hanno evidenziato l'efficacia della Cognitive Remediation Therapy (CRT), un intervento terapeutico utilizzato nella riabilitazione della schizofrenia che migliora le funzioni cognitive compromesse, Harvey et al (2013).

Questi approcci offrono strumenti concreti per migliorare il funzionamento cognitivo dei pazienti schizofrenici, che spesso presentano difficoltà significative in aree come memoria, attenzione, velocità di elaborazione e funzioni esecutive.

In questo capitolo vengono esaminati studi che analizzano i benefici e le sfide di questi interventi.

Harvey et al. (2018) nello studio intitolato “controversie nell'allenamento cognitivo” sottolineano che la Cognitive Remediation Therapy (CRT), spesso criticato per i suoi limitati effetti sul funzionamento quotidiano, può in realtà portare a benefici tangibili nelle abilità cognitive addestrate.

Miglioramenti in domini come la memoria e la velocità di elaborazione possono tradursi in un impatto positivo nella vita quotidiana, inclusa una maggiore autonomia nelle attività giornaliere e un miglioramento delle interazioni sociali.

Tuttavia, l'efficacia della Cognitive Remediation Therapy (CRT) dipende dall'utilizzo di programmi ben strutturati e dall'intervento di terapeuti addestrati, in modo da assicurare un'applicazione corretta e personalizzata (Harvey et al., 2020).

Un altro aspetto cruciale è l'importanza di un approccio integrato nella riabilitazione cognitiva.

Peña et al. (2018) nell'articolo “meccanismi di miglioramento funzionale attraverso la riabilitazione cognitiva della schizofrenia” hanno condotto uno studio che ha esaminato l'efficacia di un programma di riabilitazione cognitiva che integra bonifica neurocognitiva, interventi di cognizione sociale e il potenziamento delle abilità funzionali.

I risultati hanno mostrato che domini come la memoria verbale e la velocità di

elaborazione giocano un ruolo significativo nel miglioramento del funzionamento globale dei pazienti.

Tuttavia, l'intervento non ha avuto un impatto diretto sulla cognizione sociale, il che suggerisce che ulteriori studi sono necessari per chiarire i meccanismi di miglioramento.

Diversi studi sulla metanalisi confermano l'efficacia della Riabilitazione Cognitiva (CR). Ad esempio, la metanalisi di Vita et al. (2021) ha sottolineato che l'integrazione della riabilitazione cognitiva con programmi di riabilitazione psichiatrica strutturata porta a miglioramenti significativi sia nella cognizione che nel funzionamento globale dei pazienti.

L'importanza del coaching strategico e del supporto terapeutico durante le sessioni di riabilitazione cognitiva è stata ribadita anche da Lejeune et al. (2021), che hanno evidenziato l'efficacia nel migliorare le funzioni cognitive, anche se persistono dubbi sull'impatto sui sintomi psichiatrici.

Queste ricerche suggeriscono che l'implementazione di programmi di riabilitazione cognitiva personalizzati è cruciale per ottimizzare i risultati nei pazienti schizofrenici.

Un confronto tra le tecniche di Riabilitazione Cognitiva e la Cognitive Remediation Therapy (CRT) condotto da Matsuda et al. (2019) ha rivelato che, sebbene entrambi gli approcci migliorino le prestazioni cognitive, la riabilitazione cognitiva porta a maggiori guadagni funzionali.

In particolare, mentre la Cognitive Remediation Therapy ha effetti moderati sulle abilità cognitive, la riabilitazione cognitiva, soprattutto quando accompagnata da interventi psicosociali, può migliorare il funzionamento quotidiano, riducendo i sintomi negativi della schizofrenia.

Un'altra linea di ricerca importante è quella che confronta i metodi di recupero cognitivo basati su strategie rispetto a quelli basati sull'allenamento ripetitivo.

Bon e Franck (2018) hanno osservato che, sebbene entrambi i metodi migliorino le prestazioni cognitive, hanno effetti distinti sull'attivazione cerebrale.

Il metodo strategico coinvolge una rete più ampia di aree cerebrali, mentre l'allenamento ripetitivo attiva aree specifiche più intensamente.

Questo suggerisce che una combinazione di approcci potrebbe essere la chiave per

ottimizzare i risultati della riabilitazione cognitiva nei pazienti con schizofrenia.

Come evidenziato da Tan et (2019) evidenzia che la Cognitive Remediation Therapy presenta ancora limiti importanti.

Sebbene la Cognitive Remediation Therapy (CRT) abbia dimostrato di essere efficace nel migliorare la memoria di lavoro, l'apprendimento verbale e la cognizione sociale, i benefici sul funzionamento quotidiano dei pazienti non sono sempre diretti.

Uno dei problemi principali è la mancanza di contatto terapeutico nei programmi puramente computerizzati, che potrebbe ridurre l'efficacia degli interventi nel miglioramento delle abilità funzionali e sociali.

In questo contesto, l'aggiunta di un supporto terapeutico strutturato potrebbe ottimizzare i risultati e aumentare i benefici funzionali per i pazienti con schizofrenia.

In conclusione, gli studi esaminati dimostrano che gli interventi basati su tecnologie innovative, come la Cognitive Remediation Therapy e il neuro feedback, offrono promesse significative per il miglioramento delle funzioni cognitive e della qualità della vita nei pazienti con schizofrenia.

Tuttavia, persistono ancora sfide e limitazioni, come la necessità di un contatto terapeutico più intensivo e di ulteriori ricerche sui meccanismi sottostanti i miglioramenti cognitivi.

Il futuro della riabilitazione cognitiva nella schizofrenia dovrebbe quindi concentrarsi sull'integrazione di approcci personalizzati e basati su evidenze, con un'attenzione particolare ai bisogni individuali dei pazienti e all'ottimizzazione dei risultati funzionali e cognitivi a lungo termine.

5.2. Conclusioni

La riabilitazione cognitiva nella schizofrenia emerge come un intervento cruciale per affrontare i deficit cognitivi, che rappresentano uno dei principali fattori limitanti nel funzionamento quotidiano dei pazienti.

Questo capitolo ha esplorato l'importanza degli interventi basati su evidenze nel migliorare le capacità cognitive e, di conseguenza, la qualità della vita dei pazienti. La schizofrenia è caratterizzata non solo da sintomi psicotici, ma anche da un ampio

spettro di deficit cognitivi, che possono influenzare negativamente le relazioni sociali, le attività lavorative e le funzioni quotidiane.

Pertanto, la valutazione cognitiva diventa essenziale per delineare un quadro chiaro delle difficoltà del paziente, consentendo una personalizzazione degli interventi terapeutici.

L'implementazione di programmi di riabilitazione cognitiva, che utilizzano approcci scientifici e basati su evidenze, ha dimostrato di apportare benefici significativi.

Tali programmi non solo mirano a migliorare le abilità cognitive, come l'attenzione, la memoria e le funzioni esecutive, ma si concentrano anche sul rafforzamento delle abilità sociali e della vita quotidiana.

Attraverso attività strutturate e il supporto di professionisti esperti, i pazienti possono sviluppare strategie per affrontare le sfide quotidiane e migliorare la loro autonomia.

Un aspetto fondamentale emerso è la necessità di un approccio multidisciplinare.

Collaborazioni tra psichiatri, neuropsicologi, terapisti occupazionali e assistenti sociali possono garantire un trattamento integrato e globale.

Questo approccio non solo facilita il monitoraggio dei progressi del paziente, ma crea anche un ambiente di supporto che promuove la motivazione e l'aderenza al trattamento.

Inoltre, le nuove tecnologie e i metodi innovativi, come l'uso di applicazioni per la riabilitazione cognitiva e la telemedicina, stanno aprendo nuove opportunità per l'intervento a distanza, rendendo la riabilitazione più accessibile. È fondamentale che la comunità scientifica continui a esplorare queste possibilità, affinché si possano sviluppare interventi sempre più efficaci e su misura.

Tuttavia, la sola riabilitazione cognitiva non è sufficiente per garantire un pieno recupero funzionale.

È emerso, infatti, che i miglioramenti cognitivi devono essere integrati con interventi più ampi, che includano la riabilitazione psicosociale e il supporto terapeutico continuo.

La combinazione di approcci basati sulla Riabilitazione Cognitiva (CR) con la cognizione sociale e l'addestramento alle abilità funzionali ha dimostrato di poter

massimizzare i risultati, favorendo un miglioramento non solo cognitivo, ma anche nella gestione dei sintomi e nella qualità.

Un altro elemento cruciale riguarda la durata e l'intensità degli interventi.

Gli studi indicano che trattamenti più lunghi e svolti sotto la guida di terapeuti esperti tendono a produrre risultati migliori e più duraturi.

Ciò sottolinea l'importanza di strutturare percorsi riabilitativi a lungo termine, con un monitoraggio costante dell'efficacia degli interventi della vita.

In conclusione, la riabilitazione cognitiva rappresenta un elemento essenziale nel trattamento della schizofrenia.

La sua integrazione nella pratica clinica è fondamentale non solo per migliorare i deficit cognitivi, ma anche per garantire una reale inclusione sociale dei pazienti, promuovendo la loro autonomia e benessere.

Solo attraverso un impegno costante nella ricerca e nello sviluppo di interventi basati su evidenze si potrà sperare di offrire ai pazienti affetti da schizofrenia un futuro migliore, caratterizzato da una qualità della vita significativamente migliorata.

Bibliografia

A. Vita: *la riabilitazione cognitiva della schizofrenia*. Springer, Milano (2013).

P. Carozza: *la psichiatria di comunità tra Scienza e soggettività*, Franco angeli editore, Milano (2010).

A. Vita, L. Dall'Osso, A. Mucci: *Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica*, Giovanni forti editore, Roma (2019).

D. Semisa, A. Bellomo, P. Nigro, S. Merlin, A. Mucci: *Raccomandazioni di buone pratiche in Riabilitazione Psicosociale per adulti*, Giovanni Fioriti editore, (2013).
Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Raffaello Cortina Editore, Milano(2014).

P. Carozza, *Evoluzione delle cure e della riabilitazione psichiatrica nella salute mentale*. In: L. Pasqualotto, P. Carozza e M. Cibin (a cura di), *ICF, salute mentale e dipendenze*, Carocci editore, Roma, 2020.

M. Biondi, F. Bogetto, A. Cocchi, M. Ribolsi, A. Vita, M. Maj: *trattato italiano di psichiatria*. Elsevier editore. (2011).

P. D. Harvey, S. R. McGurk, H. Mahrncke, T. Wykes: *controversies in computerized cognitivettraining*. (2018)

J. Pena, N. Ibarretxe-Bilbao, P. Sánchez, J.J. Uriate, E. Elizagarate, M. Gutierrez, N. Ojeda: *mechanisms of functional improvement through cognitive rehabilitation in schizophrenia*. (2018)

J. A. Lejeune, A. Northrop, M. M. Kurtz: *a meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: efficacy and role of participant and treatment factors*.

Y. Matsuda, M. Makinodan, T. Morimoto, T. Kishimoto: *neural changes following*

L. Bon ,N. Franck : *the impact of cognitive remediation on cerebral activity in schizophrenia:systematic review of the literature.*(2018)

A.Vita, S. Barlati, A. Ceraso: *effectiveness, Core Elements, and Moderators of Response of Cognitive Remediation for schizophrenia.* (2021).

S. Tan, X. Zhu, H. Fan, Y. Tan, F. Yang, Z. Wang, Y. Zhao, F. Fan, J. Guo, Z. Li: *who will benefit from computerized cognitive remediation therapy? Evidence from multiside randomized controlled study in schizophrenia.* (2019).

T. C. Greig, W. Zito, B. E. Wexler, J. Fiszdon, M. D. Bell: *improved cognitive function in schizophrenia after one year of cognitive training andvocational services.* (2007)

