



Università degli studi di Cagliari
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Salute Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare,
Sezione di Psichiatria

**LA “MONTAGNATERAPIA” COME STRUMENTO NELLA
RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE NEI PAZIENTI CON
DISTURBI PSICOTICI: UNO STUDIO CASO CONTROLLO**

Relatore:

Prof. B. Carpiniello

Tesi di laurea di:

Eleonora Cossu

Anno accademico 2013/2014

INDICE

1. INTRODUZIONE: FINALITÀ DELLA TESI

1. LA SCHIZOFRENIA

1. Epidemiologia
2. Clinica
3. Criteri diagnostici
4. Decorso
5. Evoluzione
6. Diagnosi differenziale

2. DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO

1. Epidemiologia
2. Criteri diagnostici
3. Decorso
4. Manifestazioni e disturbi associati
5. Fattori di rischio
6. Diagnosi differenziale

3. TERAPIA

1. Terapia farmacologica
2. Psicoterapie
3. Riabilitazione
4. Recovery

4. EFFETTI DELL'ESERCIZIO FISICO SUI DISTURBI PSICHIATRICI

2. LA MONTAGNATERAPIA

1. Definizione
2. Storia
3. Destinatari
4. Caratteristiche
5. Obiettivi
6. Risultati
7. Studi
8. Il progetto in itinere

3. LO STUDIO CASO CONTROLLO

1. Materiali e metodi
2. Risultati

4. CONCLUSIONI

5. BIBLIOGRAFIA

6. RINGRAZIAMENTI

INTRODUZIONE

La finalità di questo lavoro di tesi è quella di valutare l'efficacia della Montagnaterapia come intervento riabilitativo nei pazienti con disturbi psicotici gravi.

La montagnaterapia è un originale approccio a carattere terapeutico, riabilitativo e/o socio-educativo, rivolto a pazienti con differenti problematiche, soprattutto quelle caratterizzate da un importante isolamento sociale, basato sulla terapia di gruppo e l'attività fisica, che si svolge nell'ambiente naturale della montagna (Scoppola et al., 2007). Questo tipo di intervento si propone di favorire il rapporto con se stessi e con gli altri, combattendo l'isolamento sociale che caratterizza questi disturbi e promuovendo la lotta allo stigma, oltre a stimolare la riacquisizione di competenze e autonomia in diversi ambiti.

L'efficacia dell'esercizio fisico nei pazienti con disturbi psicotici è stata più volte dimostrata, sia sul piano fisico che psicologico (Knochel et al., 2012), ma gli interventi di montagnaterapia sono stati purtroppo poco studiati.

Data la scarsità di studi sugli interventi di tipo riabilitativo e in particolare sulla Montagnaterapia, l'obiettivo del presente lavoro di tesi è quello di valutare l'efficacia di questo tipo di approccio attraverso una metodologia standardizzata, con uno studio caso-controllo che metta a confronto un gruppo di pazienti con disturbi psicotici gravi partecipanti regolarmente ad un progetto di Montagnaterapia e un gruppo omogeneo di pazienti non partecipanti a detta attività né ad altri interventi di tipo riabilitativo, basandosi sull'utilizzo di diverse scale di valutazione del funzionamento personale e sociale, della qualità di vita e della clinica.

1.2 LA SCHIZOFRENIA

La schizofrenia è un grave disturbo psichiatrico, caratterizzato da eterogeneità sindromica e nosodromica, che può determinare riduzione del funzionamento lavorativo/scolastico e sociale e dell'autonomia esistenziale.

Rappresenta una delle maggiori cause di disabilità fra i giovani e costituisce un'importante voce di spesa per il Sistema sanitario, sia per i costi diretti che indiretti.

Il primo a parlare di questo disturbo fu il tedesco Emil Kraepelin, che nel 1896 lo definì "Demenza precoce" e sottolineò come questa patologia si caratterizzasse per il precoce impoverimento delle facoltà mentali e per l'evoluzione ingravescente e gravemente deteriorativa.

Solo nei primi inizi del '900 comparì il termine "Schizofrenia", grazie allo psichiatra svizzero Eugen Bleuler, che invece si concentrò maggiormente sui sintomi della malattia, distinguendoli in sintomi fondamentali e accessori.

1.1.1 Epidemiologia

La schizofrenia colpisce circa lo 0,3-0,7% delle persone ad un certo punto della loro vita. Ciò corrisponde a 24 milioni di persone in tutto il mondo nel 2011. Essa si verifica 1,4 volte più frequentemente nei maschi rispetto alle femmine e di solito appare prima negli uomini. L'età di picco di insorgenza è tra i 20 e i 28 anni per i maschi e tra i 26 e i 32 anni per le femmine. L'esordio in età pediatrica è molto più raro, come l'esordio nella mezza età o nell'età avanzata. In Italia vi sono circa 245.000 persone che soffrono di questo disturbo. Coloro che si ammalano appartengono a tutte le classi sociali. Non si tratta, pertanto, di un disturbo causato dall'emarginazione o dal disagio sociale.

Gli studi di coorte sulla nascita suggeriscono alcune variazioni geografiche e storiche nell'incidenza. Per esempio, un elevato rischio è stato rilevato fra i soggetti nati in distretti urbani rispetto ai soggetti nati in campagna, come pure un'incidenza gradualmente declinante per le coorti di nascita apparse più tardi.

1.1.2 Clinica

I sintomi tipici della schizofrenia comportano una gamma di disfunzioni cognitive, comportamentali ed emotive, ma nessun sintomo è patognomnico, se considerato singolarmente.

Per la diagnosi è necessario il riconoscimento di un insieme di sintomi e segni associati ad una compromissione del funzionamento sociale e lavorativo.

Criteri diagnostici (DSM-5)

A) Sintomi caratteristici: due (o più) dei sintomi seguenti, ciascuno presente per un periodo di tempo significativo durante un periodo di un mese (o meno se trattati con successo). Almeno uno di questi sintomi deve essere 1) 2) o 3):

1) Deliri

2) Allucinazioni

3) Eloquio disorganizzato (per es., frequenti deragliamenti o incoerenza)

4) Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico

5) Sintomi negativi (cioè diminuzione dell'espressione delle emozioni o abulia)

B) Disfunzione sociale/lavorativa: per un periodo significativo di tempo dall'esordio del disturbo, una o più delle principali aree di funzionamento come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé si trovano notevolmente al di sotto del livello raggiunto prima dell'esordio (oppure, quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta un'incapacità di raggiungere il livello atteso di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo).

C) Durata: segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo di 6 mesi deve includere almeno 1 mese di sintomi (o meno se trattati con successo) che soddisfino il Criterio A (cioè, sintomi della fase attiva), e può includere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere manifestati soltanto da sintomi negativi o da due o più sintomi elencati

nel Criterio A presenti in forma attenuata (per es., convinzioni strane, esperienze percettive inusuali).

D) Esclusione dei Disturbi Schizoaffettivo e dell'Umore: il Disturbo Schizoaffettivo e il Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche sono stati esclusi poiché: (1) nessun Episodio Depressivo Maggiore, Maniacale o Misto si è verificato in concomitanza con i sintomi della fase attiva; (2) oppure, se si sono verificati episodi di alterazioni dell'umore durante la fase di sintomi attivi, essi si sono manifestati per una parte minoritaria della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

E) Esclusione di abuso di sostanze e di una condizione medica generale: il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a una condizione medica generale.

F) Relazione con un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo: se c'è una storia di Disturbo dello spettro dell'autismo o di disturbo della comunicazione a esordio infantile la diagnosi addizionale di Schizofrenia viene posta soltanto se sono presenti per almeno un mese (o meno se trattati efficacemente) allucinazioni o deliri preminenti, in aggiunta agli altri sintomi richiesti dalla schizofrenia.

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

Primo episodio, attualmente in episodio acuto: prima manifestazione del disturbo che soddisfa i criteri diagnostici che definiscono i sintomi e la durata. Un *episodio acuto* è un periodo di tempo in cui i criteri sintomatologici sono soddisfatti.

Primo episodio, attualmente in remissione parziale: la *remissione parziale* è un periodo di tempo durante il quale viene mantenuto un miglioramento dopo un precedente episodio e in cui i criteri che definiscono il disturbo sono soddisfatti solo parzialmente.

Primo episodio, attualmente in remissione completa: la *remissione completa* è un periodo di tempo successivo a un precedente episodio durante il quale non sono più presenti sintomi specifici del disturbo.

Episodi multipli, attualmente in episodio acuto: gli episodi multipli possono essere determinati da un minimo di due episodi (cioè dopo un primo episodio, una remissione e almeno una ricaduta).

Episodi multipli, attualmente in remissione parziale.

Episodi multipli, attualmente in remissione completa.

Continuo: i sintomi che soddisfano i criteri diagnostici dei sintomi del disturbo sono rimasti per la maggior parte del decorso della malattia, con periodi di sintomi sottosoglia che sono stati molto brevi rispetto al decorso complessivo.

Senza specificazione

Specificare se:

con catatonia ¹

Specificare la gravità attuale:

la gravità viene stimata attraverso una valutazione quantitativa dei sintomi primari delle psicosi, compresi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi. Ognuno di questi sintomi può essere valutato

¹ Catatonia associata ad altro disturbo mentale:

il quadro clinico è dominato da tre (o più) dei seguenti sintomi:

1. Stupor (nessuna attività psicomotoria, non è presente relazione attiva con l'ambiente)
2. Catalessia (induzione passiva di una postura mantenuta contro la gravità)
3. Flessibilità cerea (leggera resistenza costante a una modificazione posturale del soggetto indotta dall'esaminatore)
4. Mutismo (risposta verbale assente o molto scarsa [da escludere se è nota un'afasia])
5. Negativismo (oppositività o nessuna risposta a istruzioni o stimoli esterni)
6. Postura fissa (mantenimento spontaneo e attivo di una postura contro la gravità)
7. Manierismo (caricature artificiose e stravaganti di azioni normali)
8. Stereotipia (movimenti ripetitivi afinalistici, abnormemente frequenti)
9. Agitazione, non influenzata da stimoli esterni
10. Presenza di *grimace*
11. Ecolalia (imitazione/ripetizione dell'eloquio altrui)
12. Ecoprassia (imitazione/ripetizione dei movimenti altrui)

per la sua gravità attuale (il livello più grave presente negli ultimi 7 giorni) su una scala di punti che va da 0 (non presente) a 4 (presente e grave).

I sottotipi della schizofrenia del DSM-IV (paranoide, disorganizzato, catatonico, indifferenziato, residuo) sono stati eliminati a causa della loro limitata stabilità, scarsa attendibilità e validità diagnostica. (American Psychiatric Association, 2013)

1.1.4 Decorso

L'età media di insorgenza per il primo episodio psicotico della Schizofrenia si situa tra i 20 e i 25 anni per gli uomini e poco sotto i 30 anni per le donne. L'esordio può essere brusco o insidioso, ma la maggioranza dei soggetti presenta un tipo di fase prodromica caratterizzata dallo sviluppo lento e graduale di una varietà di segni e di sintomi (per es., ritiro sociale, perdita di interesse nella scuola o nel lavoro, deterioramento nell'igiene e nell'ordine, comportamento inusuale, scoppi di rabbia).

L'età di insorgenza può avere un significato sia fisiopatologico che prognostico. I soggetti con esordio in età più giovane sono più spesso maschi, e hanno un adattamento premorbo più scadente, un minore grado di istruzione, alterazioni strutturali dell'encefalo più evidenti, segni e sintomi negativi più rilevanti, deficit cognitivi più evidenti e un esito peggiore. Al contrario, i soggetti con un esordio più tardivo sono più spesso femmine, hanno alterazioni strutturali cerebrali o deficit cognitivi meno evidenti e mostrano un esito più favorevole.

La maggior parte degli studi di decorso e di esito della Schizofrenia indicano che il decorso può essere variabile, con certi soggetti che mostrano esacerbazioni e remissioni, mentre altri rimangono cronicamente ammalati.

I fattori predittivi di decorso ed esito sono in gran parte sconosciuti. Il decorso sembra essere favorevole in circa il 20% degli individui affetti da schizofrenia e in un piccolo numero è stata riportata una completa guarigione. Tuttavia la maggior parte degli individui affetti richiede ancora un supporto quotidiano, strutturato o meno, e molti

mantengono uno stato di malattia cronica, con esacerbazioni e remissioni dei sintomi attivi, mentre altri mostrano un progressivo peggioramento associato a grave disabilità.

I sintomi psicotici tendono a diminuire nel corso della vita, forse in associazione con il normale declino, correlato all'età, dell'attività dopaminergica. I sintomi negativi sono più strettamente correlati alla prognosi rispetto ai positivi e tendono a essere i più persistenti. Inoltre, i deficit cognitivi associati alla malattia possono non migliorare durante il decorso della malattia.

Le caratteristiche essenziali della schizofrenia sono le stesse in età infantile, ma è più difficile porre la diagnosi.

I casi di esordio tardivo (dopo i 40 anni) sono sovrarappresentati tra le femmine, che possono essersi sposate. Spesso, il decorso è rappresentato da una predominanza di sintomi psicotici con la conservazione del funzionamento affettivo e sociale.

Possiamo considerare tre fasi della malattia:

- Fase prodromica: nella maggior parte dei casi compare prima dei 20-30 anni, di solito è molto lunga, può durare 1-3 anni ed è caratterizzata dalla comparsa di sintomi aspecifici che sono quasi sempre sintomi negativi e affettivi molto eterogenei e spesso difficili da riconoscere, per cui la diagnosi precoce è rara.
- Fase di esordio: quella in cui compare il primo episodio, che può essere acuto (meno di 4 settimane: 18%), subacuto (>1 mese e <1anno: 15%) o cronico (>1 anno: 68%).
- Fase di remissione progressiva

Talvolta può essere difficile riconoscere queste tre fasi.

La maggior parte dei soggetti affetti da Schizofrenia ha una scarsa consapevolezza del fatto di avere una malattia psicotica. I dati suggeriscono che la scarsa consapevolezza sia una manifestazione della malattia stessa piuttosto che una strategia di adattamento. Questo sintomo predispone il soggetto a non presentare aderenza al trattamento ed è stato riscontrato essere predittivo di percentuali più elevate di ricaduta, di un aumentato

numero di ricoveri non volontari, di un funzionamento psicosociale più scadente e di un peggiore decorso di malattia

È stato inoltre dimostrato che la prognosi è tanto peggiore quanto maggiore è il ritardo diagnostico e la durata di malattia non trattata; in particolare, una più lunga durata di psicosi non trattata sarebbe associata ad un maggiore deterioramento cognitivo nel lungo termine, questo potrebbe spiegare anche il maggiore deficit nel funzionamento sociale che si ha in questi soggetti, essendo questo strettamente correlato ai deficit cognitivi (Primavera et al., 2013). Inoltre la durata di psicosi non trattata influisce negativamente sugli esiti della malattia, non solo a breve termine ma anche nel lungo termine, come dimostrato dal migliore decorso della malattia, il minore tasso di ospedalizzazione e il miglior funzionamento complessivo che si ha nei pazienti in cui la durata di malattia non trattata è breve (Primavera et al., 2012).

Numerosi studi hanno indicato un gruppo di fattori associati a una prognosi migliore. Questi comprendono: buon adattamento premorbo, esordio acuto, età di esordio più tardiva, assenza di anosognosia (scarsa consapevolezza), sesso femminile, presenza di fattori scatenanti, disturbi dell'umore associati, il trattamento con farmaci neurolettici subito dopo l'esordio della malattia, coerente aderenza al trattamento (cioè, il precoce e costante trattamento predice una migliore risposta ad un successivo trattamento con farmaci antipsicotici), breve durata dei sintomi della fase attiva, buon funzionamento intercritico, minimi sintomi residui, assenza di alterazioni strutturali cerebrali, funzionamento neurologico normale, una storia familiare di Disturbo dell'Umore, e nessuna storia familiare di Schizofrenia.

1.1.5 Evoluzione

L'aspettativa di vita nei soggetti con Schizofrenia è più breve che nella popolazione generale per vari motivi.

Il suicidio è un fattore importante, poiché approssimativamente il 10% dei soggetti con Schizofrenia commette suicidio e fra il 20% ed il 40% fa almeno un tentativo di suicidio nel corso della malattia. Benché il rischio rimanga elevato per tutto l'arco della vita, fattori

di rischio specifici per il suicidio includono il sesso maschile, l'età inferiore ai 45 anni, i sintomi depressivi, il sentirsi senza speranza, la disoccupazione e la recente dimissione ospedaliera. Il rischio di suicidio è elevato anche nei periodi post psicotici. I maschi più delle femmine portano a termine il tentativo di suicidio, ma entrambi i gruppi sono a maggior rischio rispetto alla popolazione generale.

Molti studi hanno riportato che sottogruppi di soggetti affetti da Schizofrenia hanno un'incidenza più elevata di comportamento aggressivo e violento. I maggiori predittori di comportamento violento sono il sesso maschile, l'età più giovane, la storia passata di violenza, la non aderenza al trattamento neurolettico e l'uso eccessivo di sostanze. Tuttavia, si dovrebbe annotare che la maggior parte dei soggetti affetti da Schizofrenia non è più pericolosa per gli altri rispetto a quelli della popolazione generale.

Le percentuali di comorbidità con i Disturbi da Abuso di Sostanze sono elevate. Soprattutto la dipendenza da nicotina è elevata con stime variabili dall'80% al 90% di soggetti con Schizofrenia che sono fumatori abituali di sigarette. Anche la comorbidità coi disturbi d'Ansia è stata sempre più riconosciuta nei soggetti con Schizofrenia. In particolare, sono elevate le percentuali di Disturbo Ossessivo-Compulsivo e Disturbo di Panico (senza Agorafobia e con Agorafobia) nei soggetti con Schizofrenia rispetto alla popolazione generale. Il disturbo Schizotipico, Schizoide o Paranoide di Personalità può a volte precedere l'esordio della Schizofrenia. Non è chiaro se questi Disturbi di Personalità siano semplicemente prodromici alla Schizofrenia o se invece costituiscano un disturbo distinto precedente. Un aumentato rischio di Schizofrenia è stato riscontrato in associazione con fattori prenatali e dell'infanzia (per es., l'esposizione prenatale all'influenza, la carenza alimentare prenatale, le complicazioni ostetriche, l'infezione del sistema nervoso centrale nella prima infanzia).

La Schizofrenia comporta disfunzione in una o più delle aree principali di funzionamento (per es., relazioni interpersonali, lavoro o scuola o cura di sé).

Tipicamente, il funzionamento è chiaramente ad un livello inferiore a quello che era stato raggiunto prima dell'esordio dei sintomi.

Se il disturbo comincia nell'infanzia o nell'adolescenza, tuttavia, vi può essere un'incapacità da parte del soggetto a raggiungere il livello di funzionamento atteso, piuttosto che un deterioramento. Il ciclo educativo è frequentemente interrotto, e il soggetto può essere incapace di terminare la scuola.

Molti soggetti sono incapaci di conservarsi un lavoro per periodi di tempo prolungati.

La maggioranza (60-70%) dei soggetti con Schizofrenia non si sposa e i più hanno contatti sociali relativamente limitati.

C'è una notevole influenza di fattori esterni, dimostrata ad esempio dal fatto che nelle famiglie ad alta emotività espressa (in cui il paziente veniva rifiutato, per estrema critica, diffidenza e aggressività verbale) la prognosi è peggiore rispetto alle famiglie a bassa emotività espressa (in cui invece prevale la tolleranza e l'affetto). Infatti si è visto che nel primo caso il tasso di ricaduta è molto maggiore rispetto al secondo, per questo motivo si cerca di comprendere anche le famiglie nel progetto terapeutico.

1.1.6 Diagnosi differenziale

Un'ampia varietà di condizioni mediche generali può presentarsi con sintomi psicotici.

Si fa diagnosi di Disturbo Psicotico Dovuto a una Condizione Medica Generale, un delirium, o una demenza quando vi sono prove evidenti dalla storia, dall'esame fisico, o dalle analisi di laboratorio che indicano che i deliri o le allucinazioni sono la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale (per es., sindrome di Cushing, tumore cerebrale). Il Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze, il Delirium Indotto da Sostanze, e la Demenza Persistente Indotta da Sostanze si distinguono dalla Schizofrenia per il fatto che si valuta che una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco, l'esposizione a una tossina) sia eziologicamente correlata ai deliri o alle allucinazioni. Molti tipi differenti di Disturbi Correlati a Sostanze possono produrre sintomi simili a quelli della Schizofrenia (per es., l'uso prolungato di amfetamine o di cocaina può produrre deliri o allucinazioni; l'uso di fenciclidina può produrre una miscelanza di sintomi positivi e negativi).

Differenziare la Schizofrenia dal Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche e dal Disturbo Schizoaffettivo è difficile per il fatto che le turbe dell'umore sono comuni durante le fasi prodromica, attiva e residua della Schizofrenia. Se i sintomi psicotici ricorrono esclusivamente durante i periodi di disturbo dell'umore, la diagnosi è Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche.

Nel Disturbo Schizoaffettivo, vi deve essere un episodio di alterazione dell'umore concomitante ai sintomi della fase attiva della Schizofrenia, i sintomi affettivi devono essere presenti per una porzione significativa della durata totale del disturbo, e i deliri o le allucinazioni devono essere presenti per almeno 2 settimane in assenza di sintomi rilevanti dell'umore. Al contrario, i sintomi dell'umore nella Schizofrenia hanno una durata che risulta breve relativamente alla durata totale del disturbo, o si verificano soltanto durante le fasi prodromica o residua, oppure non soddisfano pienamente i criteri per un episodio di alterazione dell'umore. Quando sintomi dell'umore che soddisfano pienamente i criteri per un episodio di alterazione dell'umore sono sovrapposti alla Schizofrenia, e sono di particolare significato clinico, può essere formulata una diagnosi addizionale di Disturbo Depressivo Non Altrimenti Specificato o di Disturbo Bipolare Non Altrimenti Specificato. La Schizofrenia, Tipo Catatonico, può essere difficile da distinguere da un Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Catatoniche.

Per definizione, la Schizofrenia si differenzia dal Disturbo Schizofreniforme sulla base della durata. La Schizofrenia comporta la presenza di sintomi (inclusi i sintomi prodromici o residui) per almeno 6 mesi, mentre la durata totale dei sintomi, nel Disturbo Schizofreniforme, deve essere almeno di 1 mese, ma meno di 6 mesi. Il Disturbo Schizofreniforme non comporta un deterioramento del funzionamento.

Il Disturbo Psicotico Breve è definito dalla presenza di deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, o comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico che dura per almeno un giorno ma per meno di un mese.

La diagnosi differenziale fra Schizofrenia e Disturbo Delirante si basa sulla natura dei deliri (non bizzarri nel Disturbo Delirante), e sull'assenza di altri sintomi caratteristici della

Schizofrenia (per es., allucinazioni, eloquio o comportamento disorganizzato, o sintomi negativi rilevanti).

Una diagnosi di Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato può essere formulata se non vi sono a disposizione dati sufficienti per scegliere fra Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici (per es., Disturbo Schizoaffettivo), o per determinare se i sintomi presentati sono indotti da sostanze o sono risultato di una condizione medica generale. Tale incertezza si verifica con particolare frequenza all'inizio del corso del disturbo.

Benché la Schizofrenia e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (per es., Disturbo Autistico) condividano turbe del linguaggio, dell'affettività e delle relazioni interpersonali, essi possono essere distinti in molteplici modi. I Disturbi Pervasivi dello Sviluppo vengono riconosciuti tipicamente durante l'infanzia e la prima fanciullezza (di solito prima dei 3 anni), mentre un esordio così precoce è raro nella Schizofrenia. Inoltre, nei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, mancano deliri e allucinazioni rilevanti; vi sono alterazioni dell'affettività più pronunciate; l'eloquio, che è assente o ridotto al minimo, è caratterizzato da stereotipie e alterazioni nella prosodia. La Schizofrenia può svilupparsi occasionalmente in soggetti con un Disturbo Pervasivo dello Sviluppo; una diagnosi di Schizofrenia è giustificata in soggetti con una diagnosi preesistente di Disturbo Autistico o di un altro Disturbo Pervasivo dello Sviluppo solo se sono stati presenti per almeno un mese rilevanti allucinazioni o deliri.

L'esordio nell'infanzia della Schizofrenia deve essere distinto da quadri sintomatologici dell'infanzia che combinano eloquio disorganizzato (da Disturbo della Comunicazione) e comportamento disorganizzato (da Disturbo da Deficit dell'Attenzione Con Iperattività).

La Schizofrenia condivide delle caratteristiche (per es., ideazione paranoide, pensiero magico, evitamento sociale, e linguaggio vago e digressivo) con il Disturbo Schizotipico, Schizoide o Paranoide di Personalità, e può essere preceduta da uno di essi. Una diagnosi addizionale di Schizofrenia è appropriata quando i sintomi sono sufficientemente gravi da soddisfare il Criterio A della Schizofrenia. Il Disturbo di Personalità preesistente può

essere registrato sull'Asse II seguito da "Premorboso" tra parentesi [per es., Disturbo Schizotipico di Personalità (Premorboso)].

1.2 DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO

Il Disturbo Schizoaffettivo è caratterizzato da un periodo ininterrotto di malattia durante il quale l'individuo continua a mostrare sintomi attivi o residui di malattia psicotica. In qualche momento, durante il periodo, deve essere soddisfatto il criterio A della schizofrenia. Oltre a soddisfare il criterio A della schizofrenia, è presente un episodio dell'umore maggiore (depressivo maggiore o maniacale). Poiché la perdita di interesse o di piacere è comune nella schizofrenia, per soddisfare il Criterio A del Disturbo Schizoaffettivo, l'Episodio Depressivo Maggiore deve comprendere umore depresso pervasivo (cioè, non è sufficiente la presenza di una diminuzione marcata dell'interesse o del piacere). Gli episodi di depressione o di mania sono presenti per la maggior parte della durata totale della malattia.

Per tenere distinto il disturbo Schizoaffettivo da un disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche, devono essere presenti deliri o allucinazioni per almeno due settimane in assenza di un episodio dell'umore maggiore (depressivo o maniacale) in un periodo all'interno della durata lifetime della malattia (Criterio B). I sintomi non sono dovuti agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o a una condizione medica generale (Criterio D).

Il criterio C del disturbo schizoaffettivo specifica che i sintomi dell'umore che soddisfano i criteri per un episodio dell'umore maggiore devono essere presenti per la maggior parte della durata totale della fase attiva e residua della malattia. Questo criterio richiede la valutazione dei sintomi dell'umore per l'intero decorso della malattia psicotica, che differisce dal criterio del DSM-IV, che richiedeva solo una valutazione del periodo attuale di malattia. Se i sintomi sono presenti solo per un periodo di tempo relativamente breve, la diagnosi è schizofrenia, non disturbo schizoaffettivo.

I criteri B ed F della schizofrenia non devono essere soddisfatti.

1.2.1 Epidemiologia

Il disturbo schizoaffettivo sembra essere comune quanto circa un terzo della schizofrenia. La prevalenza del disturbo schizoaffettivo lifetime è stimata essere dello 0,3%. L'incidenza è più alta nelle femmine rispetto ai maschi, principalmente in conseguenza di una maggiore incidenza del tipo depressivo tra le femmine.

1.2.2. Criteri diagnostici (DSM 5)

- A. Un periodo ininterrotto di malattia durante il quale è presente un episodio dell'umore maggiore (depressivo maggiore o maniacale) in concomitanza con il Criterio A per la Schizofrenia.

Nota L'episodio Depressivo Maggiore deve includere il Criterio A1: umore depresso.

- B. Deliri o allucinazioni per 2 settimane o più in assenza di un episodio dell'umore maggiore (depressivo o maniacale) durante la durata lifetime della malattia.
- C. I sintomi che soddisfano i criteri per un episodio di alterazione dell'umore maggiore sono presenti per la maggior parte della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.
- D. Il disturbo non è attribuibile agli effetti di una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica generale.

Specificare il tipo:

- Tipo Bipolare: questo sottotipo si applica se le manifestazioni cliniche includono un Episodio Maniacale. Possono verificarsi anche episodi depressivi maggiori.
- Tipo Depressivo: questo sottotipo si applica solamente se le manifestazioni cliniche includono soltanto Episodi Depressivi Maggiori

Specificare se: con catatonia

Gli specificatori di decorso e gravità sono gli stessi utilizzati per la schizofrenia.

1.2.3 Decorso

L'età tipica di insorgenza del Disturbo Schizoaffettivo è l'inizio dell'età adulta, benché l'insorgenza possa verificarsi in qualunque momento della vita, dalla adolescenza alle fasi più avanzate. Il disturbo schizoaffettivo può manifestarsi secondo una varietà di pattern temporali.

La prognosi del Disturbo Schizoaffettivo è alquanto migliore della prognosi della Schizofrenia, ma considerevolmente peggiore della prognosi dei Disturbi dell'Umore.

L'espressione dei sintomi psicotici lifetime è variabile. Sintomi depressivi o maniacali possono verificarsi prima dell'esordio della psicosi, durante episodi psicotici acuti, e dopo la cessazione della psicosi.

Il disturbo schizoaffettivo, tipo bipolare, può essere più comune negli adulti giovani, mentre il disturbo schizoaffettivo, tipo depressivo, può essere più comune negli adulti più anziani.

Una consistente disfunzione lavorativa o sociale è comune. La presenza di eventi precipitanti o di fattori stressanti è associata ad una prognosi migliore. L'esito del

Disturbo Schizoaffettivo, Tipo Bipolare, può essere migliore di quello del Disturbo Schizoaffettivo, Tipo Depressivo.

1.2.4 Manifestazioni e disturbi associati

Associati al Disturbo Schizoaffettivo vi possono essere: riduzione del funzionamento lavorativo, riduzione dei contatti sociali, trascuratezza nella cura di sé, e aumentato rischio di suicidio. Il malfunzionamento sociale e lavorativo non rappresenta un criterio diagnostico (come invece lo è per la schizofrenia) e si osserva una sostanziale variabilità di funzionamento tra diversi individui affetti. Il rischio lifetime di suicidio nella schizofrenia e nel disturbo schizoaffettivo è del 5% e la presenza di sintomi depressivi è correlata ad un maggior rischio di suicidio. Vi è evidenza che il rischio di suicidio in questi individui è maggiore nelle popolazioni nordamericane rispetto a quelle europee, sudamericane e indiane.

I sintomi residui e negativi sono generalmente meno gravi e meno cronici di quelli osservati nella Schizofrenia. L'anosognosia (cioè la scarsa consapevolezza) è comune anche nel Disturbo Schizoaffettivo, ma i deficit di insight possono essere meno gravi e pervasivi che nella Schizofrenia. I soggetti con Disturbo Schizoaffettivo possono presentare un aumento del rischio per lo sviluppo successivo di un Disturbo Depressivo Maggiore o Disturbo Bipolare se i sintomi dell'umore continuano a seguito della remissione dei sintomi che soddisfano il criterio A della schizofrenia. Vi possono essere associati Disturbi Correlati all'Alcool e a Sostanze diverse.

È aumentata anche l'incidenza di condizioni mediche al di sopra del tasso di base della popolazione generale, con la conseguenza di un'aspettativa di vita ridotta.

Non vi sono test o esiti di misure biologiche che possono aiutare a porre la diagnosi di disturbo schizoaffettivo.

Non è chiaro se il disturbo schizoaffettivo differisca dalla schizofrenia per quanto riguarda caratteristiche associate come anomalie cerebrali strutturali o funzionali, deficit cognitivi, oppure fattori di rischio genetici.

1.2.5 Fattori di rischio

Tra gli individui affetti da Schizofrenia, può esservi un aumento del rischio di Disturbo Schizoaffettivo nei parenti di primo grado. Il rischio per il Disturbo Schizoaffettivo può essere aumentato tra gli individui che hanno un parente di primo grado affetto da Schizofrenia, Disturbo Bipolare oppure disturbo Schizoaffettivo.

1.2.6 Diagnosi differenziale

Condizioni mediche generali e uso di sostanze possono presentarsi con una combinazione di sintomi psicotici e dell'umore. Viene fatta diagnosi di Disturbo Psicotico Dovuto a una Condizione Medica Generale, di delirium, o di demenza quando i dati desunti dalla storia, dall'esame fisico, o dagli esami di laboratorio indicano che i sintomi sono la conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale specifica. Il Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze e il Delirium Indotto da Sostanze si distinguono dal Disturbo Schizoaffettivo per il fatto che una sostanza (per es., una sostanza di abuso, un farmaco, o l'esposizione a una tossina) è ritenuta eziologicamente correlata ai sintomi.

Distinguere il Disturbo Schizoaffettivo dalla Schizofrenia e dal Disturbo dell'Umore Con Manifestazioni Psicotiche è spesso difficile. Il criterio C è strutturato per distinguere il disturbo schizoaffettivo dalla schizofrenia e il criterio B per distinguerlo dal disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche.

In particolare nel disturbo schizoaffettivo devono essere presenti Deliri o allucinazioni per 2 settimane o più in assenza di un episodio dell'umore maggiore. Al contrario nel disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche le caratteristiche psicotiche si manifestano solo principalmente durante gli episodi di alterazione dell'umore. Dal momento che la proporzione relativa dei sintomi riguardanti l'umore rispetto a quelli psicotici può cambiare nel tempo, la diagnosi appropriata può cambiare da e in disturbo schizoaffettivo.

1.3 TERAPIA DEI DISTURBI PSICOTICI

La terapia della schizofrenia si basa sull'uso di farmaci (antipsicotici) ed interventi psicoterapici individuali e familiari.

1.4.1 Terapia farmacologica

I farmaci utilizzati sono gli antipsicotici, che agiscono soprattutto sui sintomi positivi e riducono notevolmente la disabilità associata alla malattia. Ci sono evidenze che l'intervento precoce sia fondamentale per avere migliori risultati.

Essendo un disturbo tendenzialmente recidivante, la terapia dovrebbe essere prolungata a lungo termine per evitare le ricadute; secondo le linee guida questa terapia a lungo termine dovrebbe essere introdotta già dal secondo episodio.

Gli antipsicotici si possono distinguere in due grandi gruppi: tipici e atipici.

I tipici (di prima generazione) sono rappresentati da:

- *Butirrofenoni (aloperidolo, droperidolo, bromoperidolo, benperidolo),*
- *Fenotiazine (clorpromazina, tifenazina, flufenazina),*
- *Tioxanteni (clorprotixene, flupentixolo, zuclopentixolo),*
- *Benzamidi sostituite (sulpride, levosulpride, amisulpride)*

L'aloperidolo è il più usato ancora oggi.

Vengono somministrati prevalentemente per OS, solo nelle fasi acute per via IM o EV; un'altra possibilità è la somministrazione per via IM di formulazioni a rilascio prolungato.

I principali antipsicotici atipici (di seconda generazione) invece sono:

- *Clozapina,*
- *Olanzapina,*
- *Quetiapina,*
- *Risperidone,*
- *Aripiprazolo*
- *Zotepina*
- *Asenaprina*

Il meccanismo d'azione di questi farmaci è rappresentato dal blocco dei recettori D₂, maggiore per i tipici, mentre gli atipici agiscono maggiormente sui recettori 5HT₂. Inoltre la differenza sta anche nel fatto che i tipici bloccano questi recettori in maniera indistinta su tutto il sistema dopaminergico, quindi non solo nella via mesolimbica e mesocorticale ma anche sul sistema ipotalamico e nella via nigrostriatale e da questo derivano gli effetti collaterali extrapiramidali, che si verificano quando il tasso di occupazione recettoriale supera il 50%. Con gli antipsicotici atipici questi effetti extrapiramidali si verificano molto più raramente e in maniera dose-dipendente.

I farmaci antipsicotici tradizionali, tra cui i più usati i butirrofenoni, di cui l' aloperidolo è ancora oggi il più usato, pur essendo piuttosto efficaci, soprattutto sulla sintomatologia positiva (deliri, allucinazioni, disorganizzazione concettuale) per alcuni versi anche sui sintomi catatonici e sui comportamenti aggressivi (comunque rari), sono invece più manchevoli nel trattamento dei sintomi negativi e degli aspetti cognitivi-affettivi. Oltre a questi effetti intrinseci, vi è il problema degli effetti collaterali, soprattutto dei cosiddetti effetti extrapiramidali. Questi infatti sono molto più frequenti nei farmaci di prima generazione e sono rappresentati da:

- Sindrome parkinsoniana, che compare nel 50-60%, con la tipica rigidità extrapiramidale, bradicinesia, fissità della mimica, tremore a riposo, talvolta scialorrea.
- Acatisia, che compare dopo pochi giorni o anche poche ore dall'assunzione di questi farmaci; è un'irrequietezza motoria oggettivamente visibile con bisogno irrefrenabile di muoversi, vissuto anche con irritabilità e nervosismo; può comportare anche dolori muscolari;
- Sindromi distoniche, che compaiono in modo improvviso all'inizio del trattamento; sono dovute a contrazioni improvvise di alcuni gruppi muscolari che prevalgono sui loro antagonisti determinando un cambiamento di posizione di alcune parti del corpo, soprattutto arti superiori, testa e collo. Ad esempio la crisi oculogira è dovuta alla contrazione del muscolo sternocleidomastoideo di un emilato del collo e dei muscoli oculari di un lato, soprattutto retti, con torsione del collo e deviazione dello sguardo di

lato o di lato e in alto. Questo problema si risolve con la somministrazione di miorilassanti come le benzodiazepine o anticolinergici;

- Discinesie, che colpiscono il 15% dei pazienti e rappresentano la complicanza più temibile, sono tardive e si manifestano dopo mesi o anni di terapia, soprattutto negli anziani, consistono in movimenti involontari, afinalistici ed estremamente fastidiosi che interessano soprattutto il distretto orofacciale e il cingolo scapolare. Un esempio è la rabbit syndrome con smorfie delle labbra e della lingua oppure i movimenti involontari delle braccia o ancora una grave discinesia diaframmatica che può comportare una incoordinazione del ritmo respiratorio. Sono molto difficili da trattare e sono dovute a una ipersensibilità da denervazione del sistema dopaminergico, quindi si trattano aumentando il dosaggio degli antipsicotici (creando però un circolo vizioso) o usando la clozapina.

Altre reazioni avverse degli antipsicotici tipici sono rappresentate da:

- effetti ematologici, soprattutto con le fenotiazine
- tossicità epatica, maggiore con la clorpromazina
- reazioni cutanee, come la fotosensibilità, soprattutto con le fenotiazine
- convulsioni, soprattutto se il soggetto ha già una predisposizione
- sindrome neurolettica maligna: un'emergenza medica grave caratterizzata da ipertermia maligna, convulsioni, grave neuropatia con coma, rabdomiolisi con mioglobinuria; richiede un trattamento immediato con ricovero in terapia intensiva e somministrazione di dantrolene entro 24-48h, altrimenti può essere mortale. Colpisce l'1% dei pazienti.
- Iperprolattinemia, spesso asintomatica, ma talvolta può dare ginecomastia e galattorrea negli uomini e a lungo termine sterilità, amenorrea, infertilità, deficit della libido e disfunzione erettile.

Alcuni effetti collaterali possono essere anche pericolosi:

- Effetti cardiologici: ipotensione (per effetto α -bloccante), tachicardia (effetto sui recettori β) o alterazioni della conduzione, con allungamento del tratto QT e rischio di torsioni di punta
- Aumento di peso (del 7%), soprattutto con l'aloiperidolo
- Effetti psichici: appiattimento affettivo, fino ad una depressione a lungo termine

Gli antipsicotici atipici hanno meno effetti extrapiramidali e meno effetti negativi sull'umore, anzi danno un miglioramento dell'umore e hanno una maggiore efficacia sui sintomi negativi, oltre ad avere anche un effetto positivo sui sintomi neurocognitivi, per questo motivo sono meglio tollerati dai pazienti.

Essi hanno comunque degli effetti collaterali:

- Ematologici: una grave agranulocitosi che può essere anche fatale, che si manifesta quasi esclusivamente con la Clozapina, la quale per questo motivo viene utilizzata solo nei casi resistenti (perché ha dimostrato una maggiore efficacia e una capacità di ridurre il rischio di suicidio negli schizofrenici) con frequenti controlli dell'emocromo.
- Extrapiramidali: con elevate dosi di Risperidone (>4-6mg) o Aripiprazolo
- Aumento di peso importante (10-15 kg nell'arco di un mese): legato ad una iperstimolazione dell'appetito per il blocco istaminergico e serotoninergico e associato al rischio di sindrome metabolica. Questo effetto è maggiore con Clozapina, Risperidone, Olanzapina e Quetiapina, mentre non si verifica con Aripiprazolo e Ziprasidone
- Convulsioni: maggiori con la Clozapina
- Effetto sedativo: soprattutto all'inizio del trattamento, maggiore con Clozapina, Olanzapina e Quetiapina
- Effetti cardiologici: allungamento del tratto QT, fibrillazione atriale e ventricolare; per questo si chiede periodicamente un ECG di controllo.

Le linee guida consigliano di utilizzare come prima scelta nei nuovi pazienti i farmaci antipsicotici atipici, ad esclusione della Clozapina; nei pazienti che già traggono beneficio dal trattamento con antipsicotici tipici sarebbe meglio non sostituirli.

La terapia dovrebbe essere protratta a lungo termine perché il tasso di ricadute dopo la sospensione è piuttosto elevato. Uno dei problemi principali però è la scarsa compliance del paziente associata sia allo scarso insight che agli effetti collaterali dei farmaci.

Sebbene la terapia farmacologica sia fondamentale per il trattamento della schizofrenia e altri disturbi psicotici, la scelta migliore sarebbe integrarla con interventi di tipo psicologico-sociale. Infatti gli interventi psicosociali rappresentano una parte importante

di un approccio terapeutico completo e possono migliorare il decorso della schizofrenia, se integrati con i trattamenti farmacologici.

Mentre la farmacoterapia di basa sulla soppressione dei sintomi, gli interventi psicosociali possono fornire un supporto emotivo e correggere particolari deficit associati alla schizofrenia. Gli obiettivi principali consistono nel ridurre al minimo la vulnerabilità e lo stress e nell'elevare al massimo grado le capacità adattative e il funzionamento, migliorando nello stesso tempo i supporti sociali.

La scelta degli approcci psicosociali e di particolari interventi dipende dalle necessità del paziente, dal disturbo da cui è affetto e dalla sua situazione di vita.

1.4.2 Psicoterapia

La *psicoterapia individuale* può essere orientata al supporto o nelle fasi avanzate del percorso può essere maggiormente espressiva. Vi sono diversi modelli di riferimento, ma nella pratica clinica si utilizza una combinazione di diverse tecniche d'intervento a seconda della fase del disturbo, degli aspetti psicopatologici preminenti e delle capacità della persona in terapia.

Gli *Interventi familiari* si basano sul principio guida che le famiglie dovrebbero essere coinvolte per collaborare al massimo delle loro possibilità al processo terapeutico. Gli obiettivi dell'intervento includono la riduzione delle ricadute del paziente, il miglioramento del suo funzionamento, l'alleggerimento del peso che la famiglia deve sopportare e il miglioramento del funzionamento della famiglia stessa. Tutti gli approcci hanno in comune la psicoeducazione sulla malattia e sul suo decorso, un intervento mirato al miglioramento delle capacità di coping di risoluzione dei problemi all'interno della famiglia, il miglioramento della capacità di comunicazione e la riduzione dei fattori di stress.

Il momento migliore per coinvolgere la famiglia è la fase acuta di malattia, infatti in questi momenti i familiari tendono ad essere più motivati alla richiesta d'aiuto e di informazioni che li rassicurino e li guidino. Le famiglie si possono incontrare singolarmente o in gruppi. Da alcuni anni, infatti, si sta utilizzando con buoni risultati la terapia multifamiliare.

Questa tecnica prevede l'incontro contemporaneo di diversi nuclei familiari in terapie di gruppo condotte da due o tre operatori. La scelta del tipo di approccio dovrebbe basarsi fortemente anche sulle preferenze del paziente e della famiglia.

Le *terapie di gruppo* includono diversi approcci, quali i gruppi psicoeducativi, il counselling di gruppo e la psicoterapia di gruppo, alcune utilizzano un insieme di questi approcci. Gli obiettivi di questa terapia sono il miglioramento del problem-solving, la pianificazione degli obiettivi, le interazioni sociali, la terapia farmacologica e il trattamento degli effetti collaterali. I gruppi possono essere efficaci nell'aumentare la capacità di coping del paziente (compresa la gestione dei sintomi psicotici), le sue capacità interpersonali e nel fornire una rete di supporto sociale per i pazienti che tendono ad essere socialmente isolati. Inoltre, la terapia di gruppo con frequenza settimanale consente anche di monitorare i pazienti e riconoscere precocemente un'eventuale esordio dei sintomi psicotici. I fattori terapeutici che maggiormente agiscono nella terapia di gruppo con persone sofferenti di psicosi sono la condivisione delle problematiche, l'esperienza di avere dei problemi comuni a più persone e l'uscita dall'isolamento.

In genere si raccomanda di formare gruppi di 6-8 pazienti, o di un numero maggiore se alcuni di essi non partecipano assiduamente alle riunioni. Per poter partecipare alla terapia di gruppo, i pazienti dovrebbero avere una stabilità e un test di realtà sufficienti per poter partecipare attivamente. Gli aspetti psicopatologici che influiscono negativamente sulla riuscita del percorso sono legati ai vissuti persecutori, alla grave disorganizzazione del pensiero e a uno scarso controllo degli impulsi.

1.4.3 Riabilitazione

Uno dei problemi principali della schizofrenia è rappresentato dalla importante disabilità sociale che essa comporta. Per disabilità si intende qualsiasi "limitazione nello svolgimento dei ruoli sociali normalmente attesi per una persona della stessa età, genere e condizione sociale nell'ambito di uno specifico contesto di vita, che sia direttamente o indirettamente correlabile alla presenza di un disturbo mentale" (Carpiniello, 2009). La disabilità può essere *primaria* o *secondaria*, cioè legata direttamente ai sintomi del disturbo nel primo caso (come per i sintomi negativi e i deficit neurocognitivi della

schizofrenia), o nel secondo caso, associata alle conseguenze indirette del disturbo (come l'isolamento sociale indotto dai processi di stigmatizzazione). Secondo Spivack, nello sviluppo della disabilità gioca un ruolo fondamentale l'interazione tra individuo e ambiente: i continui fallimenti personali ne rappresenterebbero la base.

Un'area importante di intervento è quindi quella della *riabilitazione psichiatrica*, nata dalla crescente consapevolezza dell'invalidità a lungo termine a cui spesso va incontro il paziente psicotico. L'obiettivo della cura non è solo rappresentato dalla riduzione dei sintomi, ma anche e soprattutto dal reinserimento dell'individuo nel suo contesto sociale e per questo non è sufficiente il trattamento farmacologico, ma è necessario un insieme di interventi volti alla limitazione della disabilità.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1996 "la riabilitazione psicosociale è un processo che deve facilitare gli individui, che abbiano un danno, una disabilità o un handicap dovuto a un disturbo mentale, a sviluppare tutte le opportunità per raggiungere il livello ottimale di funzionamento indipendente dalla comunità."

L'obiettivo è quello di migliorare le prestazioni nei ruoli sociali, familiari e professionali per raggiungere la migliore qualità di vita e produttività possibile per il paziente. La riabilitazione si basa quindi su una serie di interventi sia sull'individuo (come il miglioramento cognitivo, il recupero o l'acquisizione di abilità sociali, di capacità sul lavoro, il riuscire a coltivare i propri interessi..) che sul suo contesto di vita (centrati sulle famiglie, sulle reti sociali di sostegno e sul sistema sociale nel suo complesso, allo scopo di creare maggiori opportunità di lavoro e inserimento sociale ma anche di promuovere una maggiore tolleranza e un'eliminazione della stigmatizzazione). È fondamentale quindi, per l'efficacia dell'intervento, che esso sia centrato sulle necessità dell'individuo e basato sulle sue capacità attualmente disponibili, costruito con programmi flessibili, modificabili in base agli effetti ottenuti, mirando al recupero della massima funzionalità della persona e col supporto di operatori che abbiano un atteggiamento ottimista sui risultati, per aumentare la speranza e l'autostima della persona, ma è importante anche che esso sia focalizzato sul suo contesto di vita.

Il presupposto per iniziare un progetto di riabilitazione è la stabilità della malattia, in quanto le fasi di acuzie potrebbero inficiare la collaborazione attiva del paziente.

Nella prima fase del progetto vanno valutate le aree maggiormente compromesse, che possono essere rappresentate dalla cura di sé e della propria salute fisica e psichica, il lavoro, il tempo libero, le relazioni sociali, i rapporti familiari. Una volta stabilito il focus dell'intervento si passa alla definizione degli obiettivi e infine alla elaborazione del progetto per stabilire che tipo di approccio può essere utile per raggiungere quei risultati. Come precedentemente indicato, i programmi devono essere flessibili, quindi l'attuazione del progetto deve essere associata ad una valutazione periodica, in modo da poter modificare i programmi stessi in base ai risultati conseguiti e alle difficoltà incontrate. In generale, data la complessità dell'intervento, sono coinvolti diversi operatori con diverse competenze.

I vari tipi di approccio si differenziano in funzione degli scopi e delle metodologie di intervento. Gli interventi strutturati di maggiore importanza sono rappresentati dall'*intervento mirato al miglioramento delle capacità sociali (social skills training-SST)*, dalle *tecniche di riabilitazione cognitiva*, dagli *interventi psicoeducativi familiari* e dagli *interventi di riabilitazione lavorativa*.

L'*intervento mirato al miglioramento delle capacità sociali (social skills training-SST)* è caratterizzato dall'impiego di tecniche comportamentali o di attività di apprendimento che permettono ai pazienti di acquisire quelle capacità strumentali e di affiliazione necessarie per soddisfare le richieste interpersonali, di auto-cura e di coping della vita comunitaria. (Lieberman et al., 1989). L'obiettivo consiste nel correggere deficit specifici nel funzionamento sociale. Può essere eseguito individualmente o in gruppi e consiste in un insegnamento al paziente di comportamenti necessari per delle relazioni sociali di successo.

I deficit delle abilità sociali spiegano infatti molte delle difficoltà dei pazienti nello stabilire e mantenere relazioni sociali. Le abilità sociali (social skills) includono tutte le abilità necessarie per un'efficace rapporto interpersonale, dalle capacità cognitive a quelle verbali e non. Di solito gli interventi sono basati su tecniche cognitivo-comportamentali

finalizzate a far riacquisire alla persona quelle abilità che sono state perse o mai apprese.

Inoltre, può includere anche l'insegnamento della gestione della terapia farmacologica e del riconoscimento degli effetti collaterali, dell'identificazione precoce dei sintomi delle ricadute, della capacità di prendere accordi sull'assistenza medica, di esprimere le proprie necessità agli enti comunitari e partecipare a un colloquio di lavoro. Sono previsti infatti diversi moduli di apprendimento a seconda delle necessità.

L'intervento è utilizzato di solito con piccoli gruppi di pazienti (3-4) che si incontrano 2-3 volte a settimana per un periodo di tempo variabile di circa 3-4 mesi.

Le *tecniche di riabilitazione cognitiva* sono una serie di interventi tecnici finalizzati al recupero delle capacità cognitive, che risultano spesso deficitarie in pazienti con disturbi psicotici, soprattutto per quanto riguarda la memoria, l'attenzione e le funzioni esecutive. I deficit cognitivi rappresentano infatti un importante fattore di rischio per lo sviluppo della disabilità, essendo essi strettamente associati al funzionamento sociale.

La riabilitazione cognitiva si basa sull'ipotesi che l'esercizio intensivo o l'apprendimento di strategie utili per risolvere compiti che richiedono l'utilizzo di funzioni neuropsicologiche deficitarie possa migliorare le stesse performance. È concretamente basata su esercizi specifici volti a migliorare le aree cognitive deficitarie, individuate mediante appositi test. Dopo una fase iniziale di valutazione, il soggetto viene sottoposto a diversi test di complessità crescente, volti a migliorare i deficit delle funzioni cognitive.

Gli *interventi psicoeducativi familiari* sono diversi dalle psicoterapie familiari. Si basano sull'evitamento di ogni possibile implicazione della famiglia nell'origine del disturbo e sul riconoscimento del suo ruolo terapeutico, fondandosi sul "modello vulnerabilità-stress" per la patogenesi della malattia.

Quelli maggiormente accreditati sono gli approcci *psicoeducativi*, in cui viene fornita alla famiglia non solo un'informazione accurata sulla patologia, ma anche uno specifico

training, fondato su tecniche prevalentemente di tipo cognitivo-comportamentale, allo scopo di farle acquisire una serie di competenze riguardanti la gestione delle interazioni col paziente, i metodi per migliorare le proprie capacità di affrontare lo stress ecc.

Questi interventi possono essere rivolti sia a singole famiglie che a piccoli gruppi, con o senza la presenza dei pazienti. Gli incontri si svolgono inizialmente a cadenza settimanale e successivamente bisettimanale e mensile, per un totale di 6-12 mesi, ma in casi particolari gli incontri possono anche proseguire a tempo indeterminato, con sedute mensili.

Gli *interventi di riabilitazione lavorativa* sono volti a favorire l'acquisizione o riacquisizione di un lavoro per il paziente attraverso diverse modalità di intervento, consentendo in questo modo il raggiungimento di un'indipendenza economica ma anche e soprattutto un aumento dell'autostima e del senso di identità personale. Possono agire su diversi livelli: l'inserimento in laboratori protetti o in lavori protetti, la frequentazione di corsi professionali o l'assegnazione di borse o assegni di formazione lavoro.

1.4. 4 Recovery

Un altro concetto importante è quello di *Recovery*: "è descritto come un processo personale di cambiamento delle proprie abitudini, valori, sentimenti, obiettivi, capacità e/o ruoli. È un modo di vivere una vita produttiva e soddisfacente, nonostante le limitazioni imposte dalla malattia mentale. E' lo sviluppo, personale e unico, di nuovi significati e propositi man mano che le persone evolvono oltre la catastrofe della malattia mentale" (Anthony, 1993).

Diversi studi dimostrano come nei pazienti psicotici l'esperienza soggettiva di vita sia solo parzialmente correlata alla remissione clinica, rispecchiando la natura multifattoriale della qualità di vita e del benessere soggettivo. (Pinna et al., 2013)

Il recovery può verificarsi anche senza la scomparsa dei sintomi. Il benessere soggettivo della persona è influenzato da diversi fattori, non solo correlati alla malattia; infatti, nell'ambito delle patologie psichiatriche il recovery va oltre la malattia stessa: può

riguardare lo stigma associato alla malattia, l'insight, gli effetti collaterali dei farmaci e l'atteggiamento verso le terapie farmacologiche, gli effetti negativi della disoccupazione, la carenza di opportunità per l'autodeterminazione. Ciò che può essere più difficile è il recupero dalle conseguenze della malattia, come la disabilità ad essa associata, piuttosto che dalla malattia stessa.

Il compito dei professionisti della salute è di facilitare il recovery, ma questo può svilupparsi anche senza l'intervento dei sanitari; infatti ciò che promuove il recovery non è rappresentato solo dai servizi della salute mentale, ma anche da tutte le attività e organizzazioni al di fuori di questo, come gli sport, le associazioni, le chiese. Possono esserci molti stimolanti del recovery, compresi libri, film, visitare nuovi posti e parlare con altre persone. Ciò che consente il verificarsi del recovery è la presenza di una persona che ci creda e stia vicino alla persona che ne ha bisogno.

Il recovery spesso è raggiunto anche da pazienti psicotici cronici e associato ad un maggiore livello di funzionamento. La remissione clinica non è però sempre accompagnata dalla remissione funzionale, che rimane indipendente dallo stato clinico.

La remissione dei sintomi quindi non è sufficiente per essere utilizzata come misura degli esiti della schizofrenia e dei disturbi associati. Un migliore strumento di valutazione, come il recovery clinico, che includa sia la remissione dei sintomi che il funzionamento sociale, può descrivere meglio la situazione generale del paziente. (Pinna et al., 2013)

1.5 EFFETTI DELL'ESERCIZIO FISICO SUI DISTURBI PSICOTICI

Le persone affette da disturbi mentali mostrano più rilevanti difficoltà nello svolgere regolarmente una attività fisica rispetto alla generalità della popolazione, riportando più frequentemente come barriera la "stanchezza", la "scarsa motivazione" e lo stato di malattia in sé; inoltre il sentirsi "triste" o "stressato" viene citato come causa della ridotta propensione a svolgere attività fisica. In effetti le persone affette da disturbi mentali

riferiscono una scarsa o assente motivazione all'attività fisica e uno scarso divertimento nel farla (Carpinello et al., 2013).

Diversi studi hanno dimostrato i benefici dell'esercizio fisico regolare nei pazienti psichiatrici, sia sul piano fisico che psicologico. (Knoebel et al., 2012). Gli effetti positivi di un esercizio fisico controllato includono un miglioramento delle risposte metaboliche, neuro-protezione, miglioramento della qualità di vita e riduzione dei sintomi psicopatologici.

Gli effetti positivi dell'esercizio fisico sono numerosi e i cambiamenti interessano sia l'apparato respiratorio, cardiovascolare, muscolare, i sistemi metabolici, immunologici e molecolari, sia l'anatomia e il funzionamento cerebrale. È stato infatti evidenziato un aumento nella produzione di endorfine, dei neurotrasmettitori e degli endocannabinoidi, un aumento della plasticità funzionale, delle cellule neuronali, un aumentato rilascio di fattori neurotrofici e una crescita di alcune strutture cerebrali, come ad esempio l'ippocampo. (Pajonk et al., 2010; Rovio et al., 2010).

In particolare, l'esercizio fisico ha degli effetti positivi a diversi livelli:

- Sugli esiti della malattia: diversi studi (Blumenthal et al., 2007; Hirsch et al., 2003; Rolland et al., 2007) indicano che può influire positivamente sugli esiti di diversi disturbi mentali, come la depressione maggiore, il morbo di Alzheimer e la schizofrenia, che rappresentano una delle più frequenti cause di disabilità mentale (Rossler et al., 2005);
- Sulle performance cognitive: è stato evidenziato che l'attività fisica modula l'apporto di sangue alla corticale, il numero di connessioni sinaptiche e lo sviluppo di nuovi neuroni; inoltre porta ad una maggiore plasticità cerebrale, efficienza e adattabilità rispetto ad uno stile di vita sedentario (Colcombe et al., 2004). Sebbene ci siano poche pubblicazioni relative agli effetti dell'esercizio fisico sulla schizofrenia, diversi studi e case report mostrano che esso può aumentare la plasticità neuronale e le performance cognitive sia di pazienti sani che affetti da

schizofrenia. (Cotman and Berchtold, 2002; Draganski et al., 2004; Pereira et al., 2007);

- Sui sintomi negativi: numerose evidenze mostrano che l'esercizio fisico regolare può favorire la riduzione dei sintomi negativi della schizofrenia (Deimel and Lohmann, 1983; Acil et al., 2008; Behere et al., 2011; Duraiswamy et al., 2007). Inoltre le conoscenze attuali mostrano che esso ha una funzione di sostegno sulle performance cognitive, i sintomi depressivi e la progressione di malattia nei pazienti psichiatrici;
- Sull'ansietà: l'attività fisica favorisce l'aumento dei livelli di ANP circolante, peptide ad effetto ansiolitico (Strohle et al., 2006);
- Sul rilascio di neurotrasmettitori: l'esercizio aumenta il rilascio di neurotrasmettitori e la risposta allo stress mediata dalla serotonina nei pazienti sani (Dishman et al., 2006), inoltre, durante l'attività aumentano i livelli di epinefrina. Agendo quindi sul circuito di rilascio della serotonina, l'esercizio fisico aiuta a ridurre i sintomi depressivi (Sarbadhikari and Saha, 2006);
- Sulla riduzione della sindrome metabolica (Convertino, 2007; Weber- Hamann et al., 2006);
- Sul sistema immunitario: diversi studi indicano che l'esercizio fisico moderato può avere un importante effetto sul sistema immunitario; questo è importante perché l'infiammazione cronica, mediata da citochine, gioca un ruolo importante come fattore di rischio per le patologie neurodegenerative, disturbi dell'umore e disturbi psicotici. (Korschenhausen et al., 1996). Bisogna però sottolineare che l'esercizio fisico troppo intenso può avere invece un effetto negativo, legato all'aumento delle cellule leucocitarie, delle catecolamine e del cortisolo (Nieman, 2001; Nieman et al., 2000);
- Sulla regolazione molecolare delle funzioni cerebrali: l'esercizio fisico ad alti livelli è stato associato ad un'aumentata sintesi e rilascio di fattori neurotrofici e induzione della neurogenesi negli animali da esperimento (Cotman and Berchtold, 2002). In generale, questo aumentato rilascio di fattori neurotrofici

può essere associato ad un miglioramento dei sintomi cognitivi e riduzione dei sintomi depressivi nei pazienti psichiatrici;

- sull'anatomia cerebrale: l'imaging mostra un aumento di volume dell'ippocampo (noto per avere un'attività anormale nel processo cognitivo ed emozionale, insieme alla neurotrasmissione mesolimbica e mesocorticale -Gage et al, 1998; Gould et al,1999-) sia in pazienti schizofrenici che controlli sani (Pajonk et al, 2010)

L'esercizio fisico può essere quindi utilizzato come forma di terapia antidepressiva, anti-deterioramento cognitivo, profilattica e antidementigena dalla quale possono trarre vantaggio i pazienti affetti da una grande varietà di disturbi psichiatrici, come schizofrenia, depressione maggiore e morbo di Alzheimer.

Ma la montagnaterapia non è solo questo.

2. LA MONTAGNATERAPIA

2.1 Definizione

“Con il termine MONTAGNATERAPIA si intende definire un originale approccio metodologico a carattere terapeutico-riabilitativo e/o socio-educativo, finalizzato alla prevenzione secondaria, alla cura ed alla riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche, patologie o disabilità; esso è progettato per svolgersi, attraverso il lavoro sulle dinamiche di gruppo, nell'ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna.

La Montagnaterapia rivolgendosi all'interezza e inscindibilità della persona e del sé, considerato nella fondamentale relazione con il contesto secondo il paradigma biopsicosociale, si pone l'obbiettivo della promozione di quei processi evolutivi legati alle dimensioni potenzialmente trasformative della montagna.

La Montagnaterapia si attua prevalentemente nella dimensione dei piccoli gruppi (dai tre ai dieci partecipanti) anche coordinati fra loro; utilizza controllate sessioni di lavoro a carattere psicofisico e psicosociale (con forte valenza relazionale ed emozionale), che

mirano a favorire un incremento della salute e del benessere generale e, conseguentemente, un miglioramento della qualità della vita.

Nella Montagnaterapia, per raggiungere gli obiettivi prefissati, gli interventi socio-sanitari si articolano e si integrano con le conoscenze culturali e le attività tecniche proprie delle discipline della montagna (frequentazione dell'ambiente montano, pratica escursionistica o alpinistica, sci, arrampicata, ecc.), per tempi brevi o per periodi della durata di alcuni giorni (sessioni residenziali), nel corso dell'intero anno. Il lavoro viene in ogni caso integrato con gli eventuali trattamenti medici, psicologici e/o socio-educativi già in atto.

Le attività di Montagnaterapia richiedono l'utilizzo di comprovate competenze cliniche e l'adozione di appropriate metodologie; che riguardano anche la specifica formazione degli operatori e la verifica degli esiti.

Le attività di Montagnaterapia vengono progettate ed attuate prevalentemente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, o in contesti socio-sanitari accreditati, con la fondamentale collaborazione del Club Alpino Italiano (che ne riconosce ufficialmente le finalità e l'Organizzazione Nazionale), e di altri Enti o Associazioni (accreditate) del settore.

Il termine Montagnaterapia è stato utilizzato per la prima volta in un articolo a commento del Convegno Nazionale: "Montagna e solidarietà: esperienze a confronto", svoltosi nel settembre 1999 a Pinzolo, TN. (Scoppola et al., 2007)"

2.2 Storia

La montagnaterapia ha origine in Francia nei primi anni Ottanta, quando un infermiere del centro ospedaliero "Bel Air" a Charleville-Mézières, Pascal Petitqueux, ebbe l'idea di portare in montagna i suoi pazienti, per farli uscire dal "rito manicomiale" in cui vivevano da anni, portandoli, da quel momento in poi, a vette sempre più alte e rendendosi conto del "riaffiorare della loro umanità davanti al pericolo e all'imprevisto". (Munzi U., 1992)

Nel 1993, nascono le prime esperienze italiane, che prendono spunto da quello nato in Francia nel 1984: a Roma, presso il centro diurno psichiatrico della ASL RM E di San Godenzo, viene proposto un progetto a carattere terapeutico-riabilitativo nell'ambiente montano. Non si parla ancora di Montagnaterapia ma di progetto "Corpo-Ambiente-Mente". Le esperienze di questo gruppo vengono videoregistrate e successivamente fatte conoscere ai servizi di Salute Mentale della Regione Lazio, rendendo possibile la nascita di alcuni fra quelli che ancora oggi sono i gruppi di Montagnaterapia.

Negli anni successivi, nascono in diverse parti d'Italia progetti riabilitativi basati sul contesto del gruppo e della montagna.

Nel 1999, ad un convegno svoltosi a Pinzolo, in Trentino, dal titolo "Montagna e solidarietà: esperienze a confronto", viene proposto il possibile ruolo terapeutico della montagna, è qui che nasce il termine "Montagnaterapia".

Nel 2000-2001 nasce il "Gruppo di lavoro per la Montagnaterapia del Lazio" e nel 2003 nasce in Trentino il gruppo "Sopraimille", ancora oggi promotore di numerose iniziative e nel 2004 organizzatore del primo corso di formazione, svoltosi al Rifugio Pernici a Riva del Garda, nel quale si sono incontrati diversi operatori sostenitori del progetto. Obiettivi del progetto Sopraimille sono rappresentati dal favorire l'aggregazione e la socializzazione; favorire il contatto con realtà "esterne", creando opportunità di socializzazione con persone al di fuori del circuito psichiatrico; stimolare la ripresa del contatto col proprio corpo; acquisire competenze, anche sul piano tecnico, nel campo della manualità, dell'uso appropriato dell'attrezzatura, di dimensioni specifiche (quali, ad esempio, la conoscenza del territorio, l'orientamento e la meteorologia); accrescere, attraverso il confronto con gli altri e con l'ambiente, la conoscenza di sé e l'autostima (gruppo Sopraimille, 2005).

Nel 2006, nell'ambito del "Convegno nazionale del Club Alpino Italiano del 2006" svoltosi a Passo Pordoi, l'Italia viene divisa in alcune macrozone geografiche comprendenti più regioni, allo scopo di favorire la comunicazione tra i vari gruppi. Le macrozone sono 10: Val d'Aosta-Piemonte-Liguria, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto-Friuli Venezia

Giulia, Toscana-Emilia Romagna, Marche-Umbria-Abruzzo-Lazio, Campania-Molise-Puglia-Basilicata-Calabria, Sicilia, Sardegna (Scoppola, 2009). Per ogni macrozona è presente un referente che ha il compito di mappare i gruppi esistenti sul proprio territorio, aiutare i gruppi o persone che sono in fase embrionale, organizzare un evento/incontro per diffondere l'attività, creare formazione presso i gruppi nuovi e esistenti, raccogliere adesioni per i due incontri annuali presso il centro di formazione Nazionale (cfr. *Sopraimille*, Atti del Convegno *Sentieri di Salute: la montagna che cura*, Bergamo 12-13 novembre 2010, pp131-134)

2. 3 Destinatari

La montagnaterapia è stata proposta come approccio nella gestione e trattamento di diverse patologie, sia in età evolutiva, nell'ambito della neuropsichiatria infantile ma anche degli "adolescenti problematici" o più in generale per favorire una migliore integrazione sociale (Miletto, 2009; Carpineta, 2010; Magnaguagno, 2012) , sia in età adulta, dalle patologie cardiovascolari (Scoppola, 2009; Scoppola, 2010; Ponchia, 2012), alla cura delle patologie oculari, delle patologie diabetiche, ortopediche, oncologiche, alla fisiochinesiterapia per pazienti con scoliosi (Carpineta, 2006), alla riabilitazione psichiatrica.

In ambito psichiatrico in particolare, i gruppi di montagnaterapia si rivolgono soprattutto a soggetti con disturbi psicotici, disturbi dell'umore e di personalità, ma anche disturbi del comportamento alimentare (*Giornale di Vicenza*, 2014) e i disturbi da abuso di sostanze (Sabbion, 2013). In generale comunque, le esperienze più significative sono quelle realizzate con pazienti con disturbi gravi e con un importante isolamento sociale. I parametri a cui si fa riferimento per inserire un individuo nel percorso riabilitativo sono quelli definiti da Luc Ciompi: esclusione sociale e professionale inferiore a cinque anni; permanenza di contatti sociali vitali; età inferiore a quarantacinque anni; speranza nel cambiamento; un quoziente intellettivo superiore a 90. (Ermini D., 2005)

2. 4 Caratteristiche

Le attività svolte vanno dall'escursionismo all'arrampicata, ma la più frequente è il trekking della durata di un giorno, più semplice da attuare perché richiede una minore preparazione atletica e minore attrezzatura rispetto all'arrampicata o alle attività sulla neve (Gentili I., 2010). Questo non significa che si tratti di un'attività facile, in quanto richiede anch'essa una preparazione sulla scelta dell'itinerario, sul materiale da portare e sulla topografia. Una variante è il trekking di più giorni, che prevede anche il soggiorno per la notte in un rifugio o struttura analoga. Questo consente di creare una maggiore unione all'interno del gruppo, legata alla condivisione di momenti intimi e personali.

I gruppi sono composti da 8-10 pazienti, accompagnati da operatori della salute mentale (psichiatri, psicologi, infermieri, educatori) e dalle guide alpine, istruttori e/o volontari CAI.

2.5 Obiettivi

Tutti i progetti di montagnaterapia condividono gli stessi obiettivi:

- Migliorare le capacità di socializzazione;
- Superare le barriere sociali, a partire dallo stigma;
- Migliorare l'autostima;
- Stimolare il rispetto verso se stessi e gli altri;
- Migliorare le capacità di adattamento alle difficoltà e alla fatica;
- Miglioramento delle funzioni cognitive: la relativa estraneità e varietà dell'ambiente montano stimola le capacità di problem solving, offrendo una varietà di situazioni che richiedono un adattamento;
- Migliorare le competenze e l'autonomia in diversi ambiti;
- Acquisire competenze sull'uso del proprio corpo e dei propri sensi;
- Promuovere uno stile di vita salutare;
- Trasmettere serenità, capacità di autocontrollo;
- Promuovere la capacità di chiedere e prestare aiuto;
- Stimolare la curiosità verso il nuovo;
- Stimolare la memoria e il ricordo come dimensione positiva;

- Controllare la frustrazione e gestire l'insuccesso;
- Acquisire capacità di equipaggiarsi autonomamente

(Fanchin, 2005; Lanfranchi, 2005; Magnaguagno, 2009)

L'obiettivo principale delle escursioni in montagna è quello di favorire il contatto con se stessi attraverso la riscoperta del proprio corpo e attraverso l'incontro con gli altri partecipanti. Il percorso di recupero passa attraverso la relazione con gli altri e con la natura. Nella malattia si perde il rapporto con il mondo e con gli altri esseri umani e il recupero può essere in tal senso concepito come la possibilità di rincontrare gli altri e il riappropriarsi di spazi fisici e di relazione persi con la malattia.

“Il concetto di riabilitazione è fondato sul presupposto che, nonostante il disagio psichico, la sofferenza e la disabilità indotte dalla malattia, il malato mentale possa riacquisire e sviluppare capacità perdute e recuperare quindi ruoli adeguati nel proprio ambito familiare e sociale che gli consentano di integrarsi, nel modo migliore possibile, nella vita di comunità. La riabilitazione non punta l'accento sulla patologia, ma su ciò che rimane di sano nell'individuo” (Gruppo Sopraimille, 2005)

Gli strumenti principali di intervento sono il gruppo e la motricità (Lanfranchi, 2011)

La dimensione gruppale è probabilmente la principale, sia per la sua valenza psicodinamica che per l'impatto riabilitativo. (Carpineta, 2010) L'utilità della terapia di gruppo è stata più volte dimostrata, in particolare in termini di miglioramento dell'autostima, dell'autodeterminazione e delle strategie di coping, ma anche di riduzione dei pensieri negativi e dei sintomi psicotici (Borras et al., 2009). Si conoscono diversi tipi di terapia di gruppo, ma il gruppo in montagna ha qualcosa di particolare, perché contiene elementi della psicoterapia di gruppo, della riabilitazione e dell'auto mutuo aiuto, potrebbe essere definito un “gruppo esperienziale”. Il gruppo potrebbe essere definito come un “rifugio”, cioè un luogo in cui trovare sicurezza. “Sentire di far parte di un gruppo, di avere dei punti di riferimento, ha un effetto estremamente rassicurante, che si manifesta attraverso un rinforzo delle caratteristiche

di coesione, continuità e vitalità, che sono la base dello stato di benessere dell'individuo" (De Toma, 2010). Nel gruppo si impara a conoscersi e confrontarsi, si impara cos'è l'accoglienza dell'altro e l'appartenenza al gruppo, si impara a fidarsi degli altri e ad aiutarli in caso di necessità, e si impara cos'è la condivisione: il prendere decisioni insieme, darsi la mano per superare gli ostacoli, condividere le fatiche, i sentimenti, il peso dello zaino, il raggiungimento della meta. "Ogni persona diventa un anello importante all'interno del gruppo, impara ad affidarsi agli altri ma anche ad essere lui in prima persona responsabile della sicurezza degli altri" (Carpineta, 2006).

All'interno del gruppo le persone si rendono conto di non essere sole, di non essere le uniche a provare certi sintomi o situazioni difficili, ma soprattutto scoprono che se ne può parlare e si può essere capiti.

Il gruppo necessita di tempo per formarsi e creare condivisione. "Ogni membro del gruppo deve partecipare a ciò che si sta facendo, è strumento di costruzione del senso di fiducia nell'altro" (Bruni, 2010) ognuno assume così le proprie responsabilità.

L'attività di gruppo nel contesto montano dev'essere attentamente strutturata, per evitare di far vivere al gruppo situazioni troppo pesanti, che servirebbero solo ad aumentare ansie e paure.

"Il mio primo gruppo è stato positivo, mi sono trovato subito a mio agio esternando i miei problemi ai partecipanti. Notai all'interno del gruppo che il problema che io avevo esisteva anche in altre persone. Provai subito fiducia nei loro confronti" (Non ci scusiamo per il disturbo, p.21).

"Col tempo, è nato un legame spontaneo e reciproco; si percepisce un forte affiatamento. Si è creata un'intimità che ci permette di affrontare le questioni più delicate senza paura di essere giudicati o derisi come potrebbe capitare al di fuori del gruppo." (Non ci scusiamo per il disturbo, p. 19)

Un aspetto fondamentale è il rispetto delle regole del gruppo, riguardanti l'abbigliamento congruo all'attività montana, la puntualità, il seguire le indicazioni della guida, camminare in fila indiana, ma soprattutto il rispetto dell'ambiente e degli altri. Queste, oltre ad essere necessarie, potrebbero anche essere considerate terapeutiche, essendo più difficili da seguire per i pazienti psichiatrici (Giuriolo, 2010).

Altro elemento centrale è rappresentato dal corpo, spesso trascurato dal paziente psichiatrico, ora riscoperto grazie al movimento, alla fatica, al confronto con le condizioni atmosferiche (Carpineta, 2006). Come è stato detto, "Nelle attività proposte il corpo viene vissuto, sentito, messo alla prova, affaticato, ferito. La dimensione corporea impara ad essere ascoltata attraverso il movimento" (Bruni, 2010).

Bisogna poi sottolineare l'importanza della dimensione socio-relazionale: in montagna ci si trova infatti in una condizione di totale assenza di stigma, legata alla costante relazione d'aiuto reciproco. Si modifica completamente il rapporto operatore-paziente, in virtù di una maggiore vicinanza empatica. "In montagna ci si dà del tu" (Bruni, 2010) e questo consente l'abbattimento delle gerarchie tra pazienti e operatori, legato anche al fatto che anche gli operatori stessi, prima visti come onnipotenti, mostrano i propri limiti (Carpineta, 2010), non perdendo la propria autorevolezza, ma semplicemente mostrando il loro aspetto più umano. L'operatore rimane disponibile per ogni necessità e fa da tramite tra gli accompagnatori e gli utenti (Bruni, 2010).

Secondo l'opinione di alcuni autori, "tutto questo accade in ambiente naturale, poco modificato dall'uomo e ricco di stimoli diversi ed essenziali; l'ambiente impone ritmi e limiti, la persona diventa parte di una realtà che scorre, che costringe ad acquisire conoscenze non meramente tecniche ma integranti, come l'orientamento, i nodi, il meteo, la flora, la capacità osservativa ecc.. L'ambiente-natura porta, quasi obbliga con naturalezza, a riscoprire la manualità, l'uso di sé in maniera compiuta, i rapporti con chi è lì ed in quel momento (la funzione dei sanitari, ad esempio, perde la propria importanza a favore del ruolo della Guida Alpina o dell'Istruttore CAI)" (Carpineta, 2006). L'ambiente

montano viene visto come un ambiente fisico ma anche mentale, culturale e spirituale. La montagna suscita una grande varietà di sensazioni ed emozioni che per ognuno possono essere diverse, in relazioni ai propri vissuti (Magnaguagno, 2009).

È stato giustamente sottolineato che “una permanenza periodica in un ambiente cosiddetto ‘naturale’ favorirebbe una vasta gamma di attività cognitive, tra cui: attitudine alla creatività, capacità di problem solving, capacità intuitiva, attività che vengono fortemente inibite da un contatto continuo tra uomo e strumentazioni tecniche (computer, televisione, telefoni cellulari, ecc.). L’effetto positivo della immersione periodica nella natura si esplica, particolarmente, sulla corteccia cerebrale prefrontale e si concretizza in effetti riposante e ristoratore sui circuiti encefalici deputati alle funzioni attentive. Durante una passeggiata o durante l’esposizione a stimoli naturali la mente può essere più incline a entrare in uno stato di introspezione e di rilassamento; stato che può attivare le reti neurali del “default mode” (modalità predefinita), insieme di aree cerebrali che sono maggiormente attive durante il riposo (resting) e, in particolare, durante l’introspezione riposante, vanno incontro a calo dell’attività (deattivazione) quando l’encefalo esegue compiti.” (Matassino, 2012)

La montagna ha un grande potere trasformativo, che si sviluppa su diverse dimensioni: il contatto con spazi diversi da quelli abituali della vita quotidiana; il confronto col proprio mondo interiore, grazie al silenzio e la solitudine; la necessità del muoversi che si contrappone alla precedente condizione di sedentarietà o immobilità; la necessità di acquisire competenze e dotarsi di strumenti adeguati per la vita montana, come la capacità di orientamento, di proteggersi dalle intemperie e quindi l’acquisizione dell’autonomia; l’esperienza del gruppo, col quale condividere esperienze e sentimenti, e di avere dei compagni di cui potersi fidare; la metafora dell’ascesa come evoluzione personale; il confronto con un mondo nuovo e sconosciuto; la dimensione temporale riacquisita grazie alle varie fasi del viaggio, dalla progettazione al ricordo; la globalità dell’esperienza, sensoriale, fisica ed emotiva. (De Toma, 2011)

Un aspetto importante è legato alla paura di non riuscire ad arrivare alla meta, la paura di non farcela. Per questo, il fatto di arrivare ad una destinazione che si credeva

irraggiungibile rappresenta un importante motivo di rinforzo dell'autostima e di un consolidamento della fiducia in se stessi, sebbene sia stato sottolineato come "per fare questo serve proprio quello che a prima vista può sembrare più ostile: un ambiente esterno e sconosciuto, in cui le parole chiave dovranno essere tranquillità, equilibrio interiore, capacità di pensare a sé stesso, capacità di visualizzare i propri movimenti" (De Toma, 2010).

Ci si rende conto così, che la meta non deve essere necessariamente la destinazione, ma il percorso diventa esso stesso la meta. Il percorso è quello in cui si vivono esperienze sensoriali, spirituali, corporee, si percepisce la vicinanza del compagno di viaggio che può essere d'aiuto nei momenti di difficoltà.

Per dirla con le parole dei pazienti stessi "I problemi da affrontare simboleggiano la lotta quotidiana, non arrendersi di fronte agli ostacoli, non sentirsi inferiori a nessuno, lottare per i propri diritti, per le proprie passioni, per la nostra vita" (Non ci scusiamo per il disturbo, p 39)

2. 6 Risultati

I risultati sono stati decisamente positivi su diversi livelli.

A livello cognitivo questo approccio ha consentito l'acquisizione di nuove capacità o riacquisizione di capacità compromesse dalla malattia.

Dal lato emotivo ha favorito l'aumento della fiducia in se stessi e negli altri; inoltre sul piano dell'identità personale sono stati fatti dei progressi sul riconoscimento e accettazione dei propri limiti e punti di forza.

Ha determinato inoltre un miglioramento della percezione corporea, grazie anche alla fatica provata durante l'escursione. Sul piano fisico ha determinato miglioramenti del tono muscolare e della coordinazione, una migliore gestione del dolore e della fatica, una migliore cura personale.

L'ambiente montano ha favorito la capacità di aderenza alle regole e quindi lo sviluppo di una maggiore responsabilità; ha determinato il confronto con ostacoli naturali o artificiali e lo sviluppo di capacità di superare questi stessi ostacoli.

Sul piano sociale ha agito su due livelli: quello microsociale, facilitando il superamento delle condotte di ritiro, lo sviluppo di maggiori capacità di interagire con gli altri, l'ampliamento dei contatti sociali, grazie al lavoro sul gruppo, e quello macrosociale, favorendo la partecipazione ad attività e il confronto con istituzioni diverse.

Infine sul piano terapeutico ha portato ad una maggiore aderenza alle terapie farmacologiche, riduzione dei ricoveri, adesione ad altre attività. (Buono, 2009; Sbrana, 2005; Lanfranchi, 2005; Lanfranchi, 2011; Gentili I., 2010)

2.7 Studi

Purtroppo gli studi riguardanti l'efficacia degli interventi di montagnaterapia non sono numerosi.

Uno di questi è quello pubblicato nel giugno 2011, nella rivista *Psichiatria di comunità*, da F. Lanfranchi, A. Frecchiami e A. Delle Fave, "Interventi riabilitativi ed esperienza ottimale nel contesto montano". I partecipanti hanno compilato il Flow Questionnaire (Delle Fave et al., 2010), strumento che consente di studiare l'esperienza ottimale, le attività associate e le loro relazioni con la vita quotidiana. Tutti i pazienti tranne due hanno riconosciuto l'esperienza ottimale nella propria vita quotidiana, associandola in prevalenza alle attività di montagnaterapia. Inoltre è stato chiesto a tutti i partecipanti di evidenziare gli aspetti più positivi e significativi: tra questi è emersa la dimensione sociale e relazionale dell'ambiente, la rassicurazione e il sostegno del gruppo.

Un altro studio è quello di Scorcu M. et al., del 2014, "From Sardinia, Italy, to the Top of the World. Trekking as Therapy. Modification of Physiological Parameters and Perception of Health Status in a Group of Patients with Severe Psychiatric Disorder": i pazienti sono stati valutati per due anni in termini di monitoraggio dei parametri fisiologici (SJ, CMJ, VO2 max) e della qualità della vita attraverso il questionario SF36. I risultati dello studio

hanno mostrato un notevole miglioramento dei parametri fisiologici (20%) e della qualità di vita (35%).

2. 8 Progetto in itinere

Il progetto “In Itinere”, all’interno del quale è stato svolto il presente lavoro di tesi, sviluppato dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Sanluri, è rivolto a giovani adulti con disturbi psichiatrici gravi e con un importante isolamento sociale.

Gli obiettivi del progetto si distinguono in specifici e generali:

Specifici:

- Riduzione della sintomatologia e favorimento dello sviluppo psicologico.
- Facilitare la ripresa delle relazioni, degli scambi affettivi, dell’autonomia e dell’inserimento sociale.
- Sperimentare e favorire la presenza attiva e completa alla vita di gruppo.
- Favorire con la cultura del gruppo la consapevolezza del proprio ruolo, facilitare l’assunzione delle proprie responsabilità.
- Rinforzare il valore della solidarietà e dell’attenzione verso il compagno di viaggio, passare quindi da persona che ha bisogno d’aiuto a persona che aiuta.
- Favorire con l’attività fisica il miglioramento delle abilità motorie che la malattia spesso compromette.
- Riconoscere e accettare i propri limiti.

Generali:

- Promuovere iniziative di lotta allo stigma e stimolare la crescita di una rete di sostegno solidale che coinvolga pazienti, familiari, volontari delle associazioni e cittadinanza attiva.

- Facilitare lo scambio ed il confronto di conoscenze e metodologie tra gli operatori che svolgono attività nell'ambito della riabilitazione della malattia mentale, nelle diverse realtà regionali.

Il progetto nasce nel 2006, in maniera sperimentale, contiguo al gruppo psicoterapeutico di Villacidro.

Alla realizzazione del progetto concorrono, oltre agli operatori della ASL, le associazioni di volontariato formate dai familiari e l'associazione Andalus de Amistade trekking, nata nello stesso anno e composta da professionisti della salute mentale, volontari e pazienti.

Il focus dell'attività è il trekking e la terapia di gruppo che chiude l'attività fisica, oltre che i momenti di vita comunitari (cucinare, mangiare, dormire..).

Poiché l'immobilità e la sedentarietà rappresentano fattori spesso caratterizzanti il quadro patologico, per la partecipazione al progetto è prevista una valutazione da parte del medico sportivo per l'idoneità all'attività fisica non agonistica e un'attività di preparazione atletica prodromica alla partecipazione al trekking.

Il progetto è strutturato con un calendario che prevede le uscite giornaliere (almeno una al mese) e alcune di 3 o più di giorni (4-7 l'anno).

Le prime escursioni più impegnative vennero svolte nelle montagne della Sardegna (Supramonte di Baunei, Orgosolo, Oliena, Urzulei e Dorgali).

Le difficoltà erano numerose: dallo scarso esercizio fisico, alle vertigini, all'adattamento alle condizioni ambientali, meteorologiche e alle oggettive difficoltà del territorio, "ma tutte sono state gradualmente superate." (Non ci scusiamo per il disturbo, pag 28)

Nel corso degli anni, dal 2006 al 2014, i ragazzi del gruppo trekking hanno affrontato numerose sfide, passando per diversi livelli, dalla semplice camminata di preparazione in pianura, ai punti più impervi del Supramonte in Sardegna, alle tappe del Grande Randonnée in Corsica, alle Dolomiti del Brenta, al Parco dello Stelvio sulle Alpi, fino ai piedi dell'Everest, sulla catena himalayana, raggiungendo performance fisiche ottimali e

consolidando nella forza del gruppo il miglior compenso psicopatologico. “Siamo cresciuti fisicamente e psicologicamente” (Non ci scusiamo per il disturbo).

“Siamo consapevoli di aver compiuto un’esperienza che ci accompagnerà per tutta la vita” (Non ci scusiamo per il disturbo, p 64).

Nella programmazione annuale del progetto In Itinere i partecipanti hanno ospitato numerosi gruppi (gemellaggi) che a livello nazionale sperimentano la montagnaterapia come attività riabilitativa, quali il gruppo “Stella polare” del CSM di Trento, il gruppo del privato sociale “Comunità Fraternità” di Brescia e il CSM di Como, aprendo orizzonti di relazione interpersonale tra operatori e utenti della salute mentale a carattere nazionale.

Negli anni le escursioni proseguono sia in Sardegna che fuori; le attività dei ragazzi vengono immortalate nel film documentario “SemusFortes”, che ha partecipato alla cinquantanovesima edizione del Trento Film Festival nel 2011, per la sezione “Alp&Ism”. Il documentario testimonia le esperienze e i vissuti delle giornate di Trekking.

Nel 2013 viene pubblicato il libro “Non ci scusiamo per il disturbo”, scritto a più mani dai ragazzi del gruppo terapeutico Andalus de Amistade Trekking. Le dodici voci narranti raccontano le proprie esperienze, i sentimenti e vissuti, rappresentando “la testimonianza concreta di come sia possibile non solo uscire dall’isolamento a cui la malattia li aveva costretti ma diventare parte attiva e preziosa della comunità” (Non ci scusiamo per il disturbo, p. 9).

Sia il film documentario che il libro diventano strumento per l’attività di lotta allo stigma e per la promozione di questa terapia innovativa, dove gli stessi pazienti testimoniano in dibattiti pubblici la propria esperienza di malattia, affrontando e superando il timore di aprirsi agli altri e del pregiudizio.

Nel consolidarsi dei rapporti con tutti gli esponenti della montagna terapia in Italia, crescono i dibattiti e la necessità di strumenti che consentano di dimostrare l’evidenza scientifica del trattamento e di avere l’opportunità di elaborare delle linee guida su cui basarsi. A tale scopo, nel 2013 si è svolto in Sardegna il primo Convegno itinerante nazionale di Montagnaterapia, dove gli esperti in materia, gli operatori della salute

mentale e gli utenti si sono confrontati sui temi sopra descritti. Caratteristica innovativa di questo convegno è la presenza attiva del paziente che contribuisce con la propria testimonianza e il proprio empowerment al suo stesso percorso di cura. Nel settembre 2014 si è tenuta la seconda edizione del convegno itinerante “Sentieri di libertà” che ha visto la partecipazione di 250 persone, tra cui operatori della salute mentale, del pubblico e del privato sociale, pazienti e volontari. L’evento è stato documentato sui giornali e le tv regionali, favorendo il dibattito sul disturbo mentale, la lotta allo stigma e all’emarginazione.

Il gruppo di operatori, utenti, familiari e volontari che hanno preso parte al progetto hanno utilizzato tale esperienza nell’ambito di programmi di lotta allo stigma e di sensibilizzazione dell’opinione pubblica sui problemi della salute mentale.

Negli ultimi anni l’attività logistica del trekking è gestita da persone in buon compenso psicopatologico che partecipano alla montagna-terapia dagli inizi del progetto, i quali, per tale motivo, mettono a disposizione degli altri il loro sapere esperienziale e la sensibilità acquisita negli anni, favorendo, di fatto, i processi di riabilitazione. Tale gruppo, che si è costituito come società sportiva dilettantistica, nel fornire l’organizzazione logistica dei trekking incarna, per quanti iniziano il percorso, la possibilità di recupero.

Da un’analisi qualitativa preliminare erano emersi con evidenza lo sviluppo di capacità introspettive, relazionali, di gestione delle crisi, di autonomia e indipendenza dei partecipanti. In particolare si era apprezzata una partecipazione attiva alla vita della comunità, come attestano la gestione del centro sociale, l’organizzazione di manifestazioni di contrasto allo stigma, l’impegno culturale (partecipazione a trasmissioni radiofoniche, televisive, realizzazione del libro di testimonianza e del documentario). Gran parte degli utenti che ha preso parte al progetto in maniera continuativa ha avuto notevoli benefici (nessun TSO, recupero delle abilità di base, inserimenti lavorativi).

Il trekking è stato inoltre per gli operatori della salute mentale un laboratorio nel quale si sono potute sviluppare competenze nell’ambito della riabilitazione psichiatrica.

L'esperienza acquisita dagli operatori della ASL di Sanluri si sta rivelando utile per lo sviluppo di progetti analoghi anche nell'ambito di altre aziende sanitarie regionali e nazionali (Trento, Brescia, Como). Inoltre le conoscenze e il metodo sviluppato dal gruppo stanno contribuendo alla costruzione di un modello operativo condiviso a livello nazionale.

3 LO STUDIO CASO-CONTROLLO

Partendo da tali premesse, l'obiettivo del presente studio è stato quello di valutare, attraverso una metodologia standardizzata, le condizioni sul piano clinico, funzionale e della qualità di vita, in un campione di pazienti affetti da disturbi mentali gravi, partecipanti a detta attività di trekking in montagna, comparati con un gruppo omogenei di pazienti non partecipanti a detta attività né ad altre di carattere terapeutico-riabilitativo.

3.1 Materiali e metodi

Sono stati coinvolti 16 pazienti (14 maschi e 2 femmine) del Centro di salute mentale della ASL di Sanluri (CA), che svolgono regolarmente un percorso di montagnaterapia da almeno due anni (media=63 mesi DS=25.361) (tabella 1), di età compresa tra i 28 e i 44 anni (media 35.81 DS= 5.764) (tabella 2). Tutti i pazienti avevano diagnosi di psicosi (schizofrenia e disturbo schizoaffettivo) secondo il DSM-IV.

Il livello di istruzione prevalente tra i partecipanti era la licenza media inferiore (68.75%), con una media di 10.25 anni di studio (DS=2.236) (tabella 3).

Il 93.75% dei partecipanti era disoccupato e il 6.25% lavorava (tabella 4).

Il 93.75% dei partecipanti era celibe/nubile e il 6.25% era separato e aveva figli (tabella 5).

Il 68.75% dei pazienti fumava (tabella 6), il 25% aveva, attualmente o precedentemente, problemi di abuso di alcol (tabella 7) e il 43.75% ha avuto problemi di abuso di sostanze (tabella 8).

L'età d'esordio era compresa tra i 17 e i 34 anni (media 22.56, DS= 4.885) (tabella 9), con una durata di malattia non trattata compresa tra 0 e 48 mesi (media 9.75 DS DS=15.931) (tabella 10, 11).

Il 50% dei pazienti non ha mai avuto ricoveri, il 18.75% ha avuto 1 ricovero nel corso della vita, il 18.75% 2-4 ricoveri, il 6.25% 5-7 ricoveri e il 6.25% 8-10 ricoveri (tabella 12). Il 25% dei pazienti aveva comorbidità psichiatriche (tabella 13) e il 25% aveva familiarità per patologie psichiatriche (tabella 14).

Il 31.25% dei pazienti assumeva una terapia farmacologica a base di antipsicotici tipici, il 18.75% a base di antipsicotici atipici, il 37.5% a base di antipsicotici tipici e atipici e il 12.5% a base di antipsicotici e stabilizzanti dell'umore (tabella 15).

Il campione di controllo è costituito da 32 pazienti, appaiati per classi di età (tabella 2), sesso e diagnosi, seguiti dalla Clinica Psichiatrica dell'Università di Cagliari con colloqui clinici periodici e farmacoterapia e supporto psicosociale, ma non inseriti in alcuna attività riabilitativa.

In questo gruppo, il livello di istruzione prevalente era la licenza media inferiore, con una media di 11.53 anni di studio (DS= 3.111) (tabella 3).

Il 68.75% dei partecipanti era disoccupato, il 28.1% lavorava e il 3.1% era studente (tabella 4).

Il 93.75% dei partecipanti era celibe/nubile, il 3.1% era sposato/convivente e un altro 3.1% era separato (tabella 5). Il 6.25% aveva figli.

Il 53.1% dei pazienti fumava (tabella 6), il 15.6% aveva problemi di abuso di alcol attuali o pregressi (tabella 7) e il 34.4% ha avuto problemi di abuso di sostanze (tabella 8).

L'età d'esordio era compresa tra gli 8 e i 34 anni (media 21.94 DS=6.928) (tabella 9), con una durata di malattia non trattata compresa tra 0 e 108 mesi (media 13.44 DS=23.761) (tabella 10, 11).

Il 37.5% dei pazienti non ha mai avuto ricoveri, il 40.6% ha avuto 1 ricovero nel corso della vita, il 15.6% 2-4 ricoveri, il 3.1% 5-7 ricoveri e il 3.1% ha avuto più di 10 ricoveri (tabella 12).

Il 18.75% dei pazienti aveva delle comorbidità psichiatriche (tabella 13) e il 68.75% aveva familiarità per patologie psichiatriche (tabella 14).

Il 15.6% dei pazienti assumeva una terapia farmacologica a base di antipsicotici tipici, il 62.5% a base di antipsicotici atipici, il 18.75% a base di antipsicotici tipici e atipici e il 3.1% a base di antipsicotici e stabilizzanti dell'umore (tabella 15).

Ai pazienti è stata somministrata l'intervista clinica semistrutturata SCID-I e SCID-II, la PSP e la MINI ICF per il funzionamento personale e sociale e la WHOQOL-Bref per valutare la qualità di vita. Per la valutazione clinica sono state utilizzate la PANSS e la CGI.

L'intervista Clinica Strutturata per i Disturbi sull'Asse I del DSM-IV (**SCID-I**) è un'intervista semi-strutturata per la formulazione delle diagnosi più rilevanti sull'Asse I del DSM-IV. Può essere somministrata da un clinico o da un professionista della salute mentale che conosca la classificazione e i criteri diagnostici del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Con poche eccezioni, la SCID determina se è mai stata presente (nel corso della vita del soggetto) una diagnosi sull'Asse I e se c'è o no un episodio in atto (che soddisfa i criteri diagnostici durante l'ultimo mese); i disturbi per i quali invece vengono considerati solo gli episodi in atto sono il Disturbo Distimico, il Disturbo d'Ansia Generalizzata, tutti i Disturbi Somatoformi e quelli dell'Adattamento. Un disturbo deve essere considerato in atto se i criteri previsti sono stati soddisfatti durante l'ultimo mese.

Quando l'intervista è completata, il clinico registra le diagnosi sulle Pagine dei Punteggi Riassuntivi che includono: 1) punteggi che indicano se ciascun disturbo sull'Asse I riportato nella SCID è stato presente durante il corso della vita del soggetto (o presente solo a un livello sotto-soglia) e se i criteri per il disturbo sono attualmente soddisfatti; 2) punteggi per la presenza di alcuni specificatori o sottotipi; 3) l'indicazione della "Diagnosi Principale"; 4) la lista dei Problemi Psicosociali e Ambientali del DSM-IV (Asse IV); la Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (Asse V) che consente al clinico di registrare il livello più basso di funzionamento dell'ultimo mese, indipendentemente dalla diagnosi. (First et al., 2002)

L'Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Personalità dell'Asse II del DSM-IV (**SCID II**) è un'intervista semistrutturata per la valutazione diagnostica dei 10 disturbi di personalità dell'Asse II del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) e dei disturbi di personalità di tipo depressivo e di tipo passivo-aggressivo (inclusi nell'Appendice B del DSM-IV, "Criteri e Assi previsti per ulteriori studi"). La SCID-II consente di formulare una valutazione dei disturbi dell'Asse II di tipo categoriale (presenza o assenza del disturbo) o dimensionale (annotando, per ogni caso, il numero dei criteri diagnostici del disturbo di personalità codificati "3").

La presenza dei diversi disturbi di personalità viene determinata nel corso del colloquio. Una volta ultimata l'intervista, il clinico compila il sommario diagnostico, da cui ricava una valutazione di tipo dimensionale per ogni disturbo, sommando il numero dei tratti presenti. Invece, la soglia categoriale, secondo i criteri del DSM-IV, (cioè il numero degli item necessari per formulare la diagnosi) è indicata per ciascun disturbo in una casella. Se, come accade in genere, risultano soddisfatti i criteri relativi a più disturbi, l'intervistatore è tenuto ad indicare "la diagnosi principale di Asse II" (in altri termini, il disturbo su cui il clinico deve o dovrebbe concentrarsi) riportando la sigla (indicata a sinistra di ogni diagnosi) in fondo al protocollo.

Spesso, l'unica fonte d'informazione dell'intervista è il paziente stesso; tuttavia, per poter formulare una valutazione, l'esaminatore deve utilizzare tutte le risorse a sua disposizione, come ad esempio le notizie fornite da altri terapeuti, oppure le osservazioni dei membri della famiglia. Le informazioni complementari possono rivelarsi fondamentali per la valutazione dei disturbi della personalità, in quanto i pazienti tendono ad omettere particolari della loro situazione psicopatologica. (First et al., 1997)

La Personal and Social Performance scale - **PSP** è una scala di valutazione utilizzata per misurare la gravità del malfunzionamento sociale e personale. È stata sviluppata sulla base della Social and Occupational Functioning Assessment Scale – SOFAS del DSM-IV. La misurazione si riferisce a quattro domini: attività socialmente utili, inclusi lavoro e studio (a), relazioni sociali e personali (b), cura di sé (c) e comportamenti disturbanti e aggressivi (d). Il punteggio conseguibile è compreso tra 1 e 100, suddiviso in intervalli uguali da 10 punti; se compreso tra 91 e 100 punti indica un funzionamento più che adeguato, sopra

i 70 si riferisce a lievi difficoltà, tra i 31 e i 70 la disabilità è di grado variabile, mentre sotto i 30 il malfunzionamento è talmente grave da richiedere un supporto continuo (Morosini et al., 2000).

La **MINI-ICF-APP** (Mini instrument for the observer rating according to ICF of Activities and Participation in Psychological disorders) (Linden & Baron, 2005, Baron & Linden, 2008, Linden et al., 2009) è una scala compilata dal medico, per la valutazione della limitazione nelle diverse capacità, nel contesto dei disturbi psicotici. È stata sviluppata seguendo la struttura dell'ICF (WHO, 2001), con riferimento aggiuntivo alle definizioni della Groningen Social Disability Schedule II (GSDS II, Wiersma et al 1988). Vengono valutate 13 dimensioni: (1) rispetto delle regole, (2) organizzazione dei compiti, (3) flessibilità, (4) competenza, (5) giudizio, (6) persistenza, (7) assertività, (8) contatto con gli altri, (9) integrazione nel gruppo, (10) relazioni intime, (11) attività spontanee, (12) cura di sé, (13) mobilità (Balestrieri et al., 2013).

La **WHOQOL** è uno strumento di valutazione della qualità di vita, esistente in una versione costituita da 100 item, la WHOQOL 100, e una versione breve, costituita da 26 item, la WHOQOL-BREEF. La qualità di vita è definita come "le percezioni degli individui della loro posizione nella vita nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vivono e in rapporto ai propri scopi, aspettative, criteri e interessi. Si tratta di un contesto ampio che abbraccia in modo complesso la salute fisica della persona, lo stato psicologico, il livello di indipendenza, le relazioni sociali, le credenze personali e i loro rapporti con le caratteristiche salienti dell'ambiente". (WHOQOL-group, 1995)

La WHOQOL è organizzata in 6 domini: fisico, psicologico, livello di indipendenza, relazioni sociali, ambiente e credenze spirituali, religiose e personali.

È stata sviluppata nel contesto di 4 domini della qualità di vita: fisico, psicologico, sociale e ambientale. Contiene un item per ognuna delle 24 sezioni della WHOQOL-100, più due item di riferimento alla sezione generale sulla qualità di vita complessiva e sulla salute in generale, che non sono inclusi nel punteggio. La WHOQOL-BREF è gestita autonomamente dalla persona che risponde alle domande, a meno che non ci sia necessità di un aiuto da parte di un intervistatore, per ragioni di disabilità o alfabetismo (Saxena et al., 2001).

La Positive and Negative Syndrome Scale - **PANSS** è una scala di valutazione dei sintomi della schizofrenia, che è stata sviluppata integrando i 18 item della Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) e i 12 item della Psychopathology Rating Schedule (PRS) e dividendo i 30 nuovi item in 3 cluster: uno per i sintomi positivi (7 item), uno per i sintomi negativi (7 item) ed uno per i sintomi psicopatologici generali (16 item). Ogni item della PANSS è accompagnato da una completa definizione e dai criteri di definizione dei sintomi (valutati con un punteggio da 1 a 7 punti, indicativo di una gravità da assente a estremamente grave). Questa scala permette di valutare in maniera più completa i diversi ambiti psicopatologici e di dare una misura affidabile della gravità del disturbo. (Stanley et al, 1987)

La **CGI** è una scala che consente la formulazione di un giudizio globale in 3 aree, la gravità della malattia, il miglioramento globale e l'indice di efficacia terapeutica. La **CGI-SCH** è stata sviluppata per l'utilizzo nei pazienti con schizofrenia e comprende due sole categorie: la gravità di malattia e il miglioramento globale. La severità di malattia viene valutata in riferimento all'ultima settimana, mentre il miglioramento globale viene valutato in rapporto alla precedente valutazione. Ogni categoria contiene 5 diverse classificazioni (sintomi positivi, negativi, depressivi, cognitivi e gravità globale), valutate in una scala da 1 a 7 punti. (Haro et al., 2003)

3.2 Risultati

I pazienti che svolgono regolarmente il progetto di montagnaterapia presentano alla CGI-SCH minori sintomi depressivi rispetto al campione di controllo ($p=0,012$) (Tabella 16, Grafico 1). Alla PANSS, il gruppo dei casi non presenta variazioni statisticamente significative nella scala dei sintomi positivi e dei sintomi negativi fatta eccezione per il ritiro sociale passivo/apatico della scala negativa ($p=0,039$) (Tabella 17, grafico 2). Nella scala PANSS di psicopatologia generale si apprezzano differenze statisticamente significative a favore del gruppo dei casi nella sottoscala ansia ($p=0,015$) (tabella 18, grafico 3), depressione ($p=0,042$) (tabella 19, grafico 4) e ritiro sociale attivo ($p=0,025$) (tabella 20, grafico 5). Si evidenzia inoltre una tendenza a punteggi indicativi di maggiore benessere dei pazienti partecipanti alla montagnaterapia sia nel punteggio totale della

PANSS della scala di psicopatologia generale ($p=0,078$) che nel punteggio globale della PANSS ($p=0,075$) anche se questi ultimi dati non risultano statisticamente significativi. Il dato più evidente viene espresso dalla scala PSP in quanto, sia nella sottoscala delle attività socialmente utili, compresi lavoro e studio ($p=0,004$) (tabella 21, grafico 6), sia nella sottoscala PSP delle relazioni personali e sociali ($p=0,001$) (tabella 22, grafico 7) che nella scala PSP totale ($p=0,025$) (tabella 23, grafico 8) si possono apprezzare differenze statisticamente significative a favore del gruppo dei casi, che presentano quindi una miglior performance sociale e personale. Tale dato è confermato anche dicotomizzando la variabile del punteggio totale della PSP (Brissos et al. 2011) con la conferma di un maggior numero di pazienti con una miglior performance sociale e personale nel gruppo dei casi che aderiscono al progetto di montagnaterapia ($p=0,014$). La MINI ICF APP comprende 13 dimensioni di capacità dove possono essere presenti deficit su base psicopatologica. La dimensione della flessibilità risulta essere migliore nel gruppo dei casi ($p=0,05$) (tabella 24, grafico 9), come anche la dimensione della competenza intesa come applicazione dell'esperienza, delle conoscenze e competenze ($p=0,008$) (tabella 25, grafico 10); la persistenza intesa come mantenimento di un'attività e della performance ($p=0,015$) (tabella 26, grafico 11) e la dimensione delle relazioni intime ($p=0,05$) (tabella 27, grafico 12) risultano anch'esse migliori nel gruppo dei pazienti che aderiscono al progetto della montagnaterapia.

Le differenze statistiche rilevate tra casi e controlli, in termini di maggiore presenza di familiarità psichiatrica nei controlli e diverso uso dei farmaci (maggiore frequenza d'uso di atipici per i casi e dell'associazione tipici + atipici per i controlli), non sembrano spiegare le differenze osservate quanto ad effetti della Montagnaterapia.

4 CONCLUSIONI

I dati raccolti sembrano indicare che l'approccio terapeutico riabilitativo della montagnaterapia pur non avendo un impatto particolarmente significativo sulla sintomatologia clinica dei pazienti, sembra evidenziare nei soggetti partecipanti alla montagnaterapia una minore sintomatologia depressiva e ansiosa e un minore ritiro sociale attivo. La montagnaterapia sembra associata soprattutto a dei livelli di

funzionamento sociale e lavorativo significativamente superiori, soprattutto nelle attività socialmente utili, compreso il lavoro e lo studio e nelle relazioni sociali e personali. Il gruppo dei casi risulta anche essere maggiormente competente nell'adeguamento ai cambiamenti e nell'applicazione dell'esperienza, delle conoscenze e delle competenze. Risulta mantenere meglio un'attività e una performance e risulta maggiormente competente nel mantenere relazioni intime con le persone.

Nonostante i significativi limiti dello studio costituito in primis dalla ridotta numerosità campionaria e dal possibile bias, costituito dal fatto che almeno alcuni componenti del gruppo montagna-terapia potessero avere condizioni di base migliori del gruppo di controllo anche prima dell'inserimento nelle attività riabilitative e che le differenze osservate tra casi sottoposti a montagnaterapia e controlli, non sottoposti ad alcuna attività riabilitativa specifica, non siano l'effetto della montagnaterapia, quanto piuttosto caratteristiche preesistenti, che potrebbero spiegare perché questi pazienti, autoselezionati per indici di minore gravità, abbiano aderito alla montagnaterapia, nondimeno i dati raccolti sembrano degni di rilievo, in quanto per lo meno sembrano poter indicare un potenziale effetto positivo della montagnaterapia. Si può quindi affermare che il progetto della montagnaterapia sembra essere un promettente approccio riabilitativo per persone fortemente gravate da disabilità sociale. I dati peraltro indicano la necessità di implementare ulteriori studi in questo campo data l'esiguità della letteratura scientifica a disposizione soprattutto con dati di tipo prospettico e con una maggiore numerosità campionaria.

Tabella 1

	Trekking da mesi (minimo)	Trekking da mesi (massimo)	Trekking da mesi (media)	Trekking da mesi (Deviazione standard)
Casi	24	96	63	25.361
Controlli	0	0	0	

Tabella 2

	Età (minimo)	Età (massimo)	Età (media)	Età (Deviazione standard)	t	df

Casi	28	44	35.81	5.764	0.038	46
Controlli	25	45	35.88	5.167		

Tabella 3

	Anni di studio (minimo)	Anni di studio (massimo)	Anni di studio (media)	Anni di studio (Deviazione standard)	t	df
Casi	8	15	10.25	2.236	-1.466	46
Controlli	6	18	11.53	3.111		

Tabella 4

	Professione: Lavoratore (n, %)	Professione: Disoccupato (n, %)	Professione: Studente (n, %)	χ^2	df	p
Casi	1 (6.25)	15 (93.75)		3.815	2	0.148
Controlli	9 (28.1)	22 (68.8)	1 (3.1)			

Tabella 5

	Stato civile (celibe/nubile) (n, %)	Stato civile (sposato/convivente) (n, %)	Stato civile (separato/divorziato) (n, %)	χ^2	df	p
Casi	15 (93.8)	0 (0)	1 (6.3)	0.75	2	0.687
Controlli	30 (93.8)	1 (3.1)	1 (3.1)			

Tabella 6

	Fumatore (n, %)	Non fumatore (n, %)	χ^2	df	p
Casi	11 (68.75)	5 (31.25)	1.071	1	0.236
Controlli	17 (53.1)	15 (46.9)			

Tabella 7

	Abuso di alcol (Presente) (n, %)	Abuso di alcol (Assente) (n, %)	χ^2	df	p
Casi	4 (25)	12 (75)	0.615	1	0.34
Controlli	5 (15.6)	27 (84.4)			

Tabella 8

	Abuso di sostanze (Presente) (n, %)	Abuso di sostanze (Assente) (n, %)	χ^2	df	p
Casi	7 (43.75)	9 (56.25)	0.4	1	0.373
Controlli	11 (34.4)	21 (34.4)			

Tabella 9

	Età d'esordio (minimo)	Età d'esordio (massimo)	Età d'esordio (media)	Età d'esordio (Deviazione standard)	t	df
Casi	17	34	22.56	4.885	0.322	46
Controlli	8	34	21.94	6.928	0.7	46

Tabella 10

	Età prime cure (minimo)	Età prime cure (massimo)	Età prime cure (media)	Età prime cure (Deviazione standard)	t	df
Casi	17	37	23.38	5.123	0.7	46
Controlli	8	38	24.75	6.951		

Tabella 11

	Durata di malattia Non trattata (mesi: minimo)	Durata di malattia Non trattata (mesi: massimo)	Durata di malattia Non trattata (mesi: media)	Durata di malattia Non trattata (Deviazione standard)	t	df
Casi	0	48	9.75	15.931	0.56	46
Controlli	0	108	13.44	23.761		

Tabella 12

	Ricoveri (nessuno) (n, %)	Ricoveri (1) (n, %)	Ricoveri (2-4) (n, %)	Ricoveri (5-7) (n, %)	Ricoveri (8-10) (n, %)	Ricoveri (più di 10) (n, %)	χ^2	df	p
Casi	8 (50)	3 (18.75)	3 (18.75)	1 (6.25)	1 (6.25)	0 (0)	4.744	5	0.448
Controlli	12 (37.5)	13 (40.6)	5 (15.6)	1 (3.1)	0 (0)	1 (3.1)			

Tabella 13

	Comorbidità Psichiatriche (Presente) (n, %)	Comorbidità Psichiatriche (Assente) (n, %)	χ^2	df	p
Casi	4 (25.0)	12 (75.0)	0.253	1	0.615
Controlli	6 (18.75)	26 (81.25)			

Tabella 14

	Familiarità (Presente) (n, %)	Familiarità (Assente) (n, %)	χ^2	df	p
Casi	4 (25)	12 (75)	8.224	1	0.005
Controlli	22 (68.75)	10 (31.25)			

Tabella 15

	Terapia: antipsicotici tipici (n, %)	Terapia: antipsicotici atipici (n,%)	Terapia: antipsicotici tipici + atipici (n,%)	Terapia: antipsicotici + stabilizzanti dell'umore (n,%)	χ^2	df	p
Casi	5 (31.25)	3 (18.75)	6 (37.5)	2 (12.5)	8.511	3	0.037
Controlli	5 (15.6)	20 (62.5)	6 (18.75)	1 (3.1)			

Tabella 16

	CGI-SCH (Gravità della malattia) (Sintomi depressivi)				p
	1 (n,%)	2 (n,%)	3 (n,%)	4 (n,%)	
Caso	14 (87.5)	1 (6.3)	0 (0)	1 (6.3)	0.012
Controllo	12 (37.5)	9 (28.1)	5 (15.6)	6 (18.8)	
Total	26	10	5	7	

Grafico 1

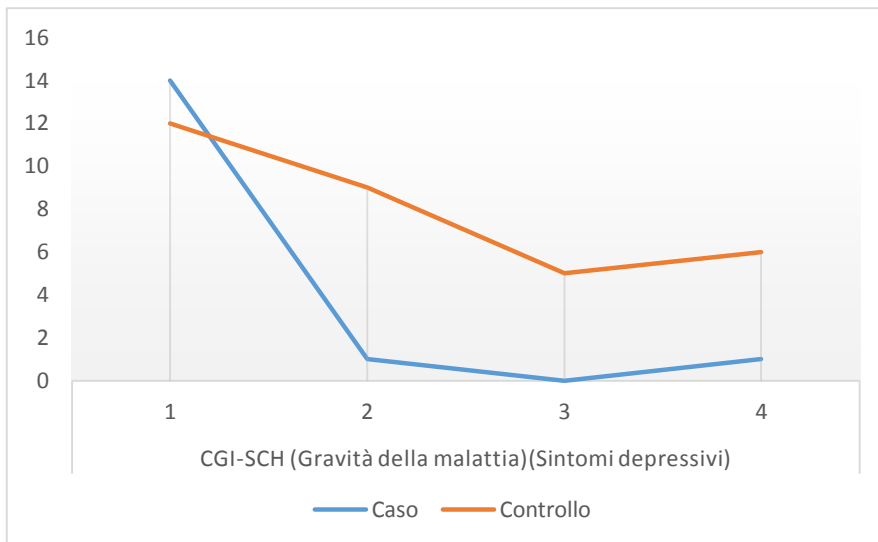


Tabella 17

	PANSS (N4 – Ritiro sociale passivo/apatico)					p
	1 (n,%)	2 (n,%)	3 (n,%)	4 (n,%)	5 (n,%)	
Caso	14 (87.5)	0 (0)	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)	0.039
Controllo	14 (43.8)	6 (18.8)	5 (15.6)	3 (9.4)	4 (12.5)	
Total	25	8	10	3	2	

Grafico 2

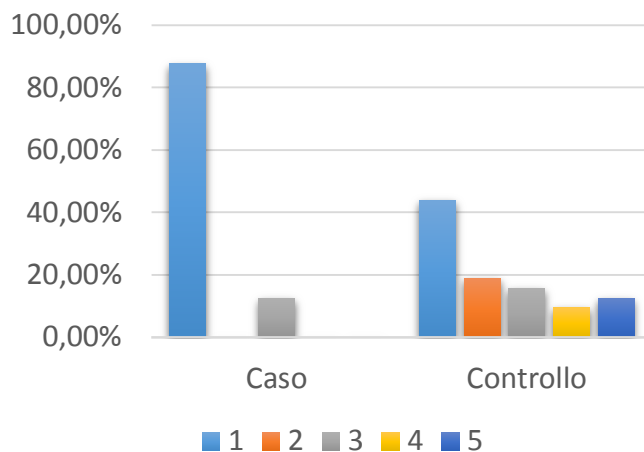


Tabella 18

	PANSS (G2 - Ansia)					p
	1	2	3	4	5	

	(n,%)	(n,%)	(n,%)	(n,%)	(n,%)	
Caso	14 (87.5)	1 (6.3)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	0.015
Controllo	11 (34.4)	7 (21.9)	9 (28.1)	3 (9.4)	2 (6.3)	
Total	25	8	10	3	2	

Grafico 3

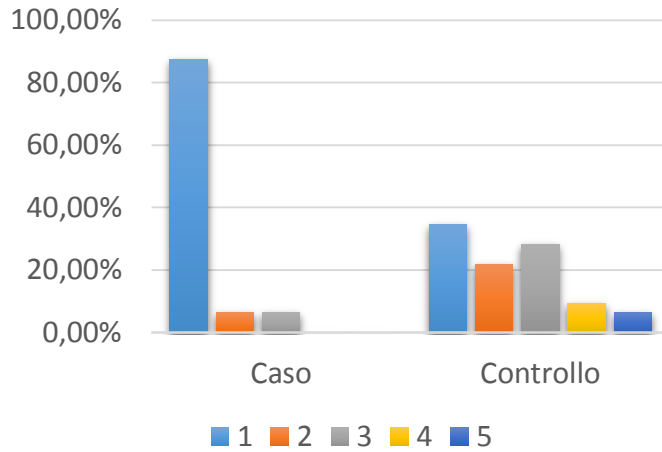


Tabella 19

	PANSS (G6 - Depressione)				p
	1 (n,%)	2 (n,%)	3 (n,%)	4 (n,%)	
Caso	15 (93.8)	0 (0)	1 (6.3)	0 (0)	0.042
Controllo	17 (53.1)	3 (9.4)	7 (21.9)	5 (15.6)	
Total	32	3	8	5	

Grafico 4

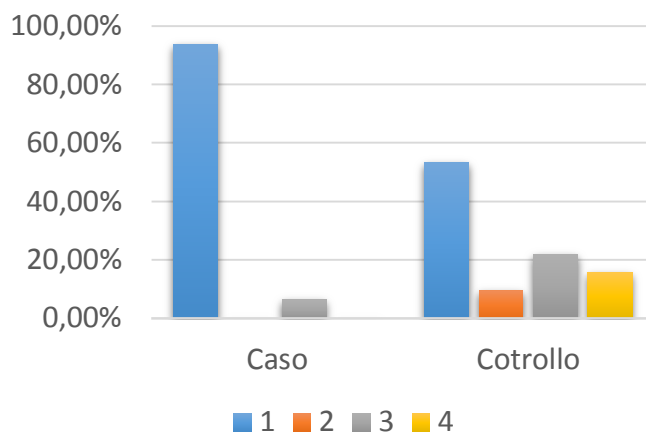


Tabella 20

	PANSS (G16 – Ritiro sociale attivo)						p
	1 (n,%)	2 (n,%)	3 (n,%)	4 (n,%)	5 (n,%)	6 (n,%)	
Caso	15 (93.8)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.025
Controllo	13 (40.6)	6 (18.8)	2 (6.3)	8 (25)	2 (6.3)	1 (3.1)	
Total	28	7	2	8	2	1	

Grafico 5

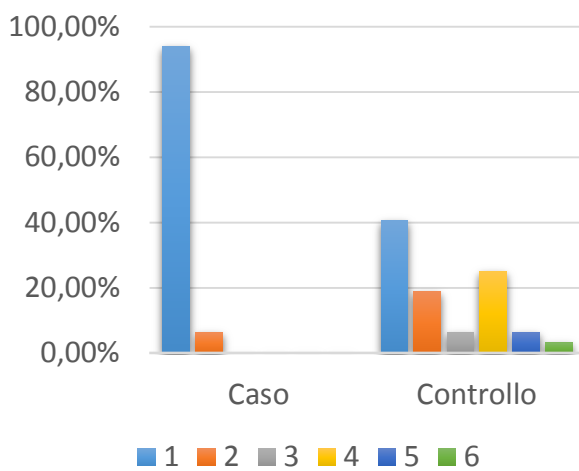


Tabella 21

	PSP (Attività socialmente utili, compresi lavoro e studio)						p
	0 (n,%)	1 (n,%)	2 (n,%)	3 (n,%)	4 (n,%)	5 (n,%)	
Caso	8 (50)	6 (37.5)	1 (6.3)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	0.004
Controllo	2 (6.3)	8 (25)	7 (21.9)	8 (25)	6 (18.8)	1 (3.1)	
Total	10	14	8	9	6	1	

Grafico 6

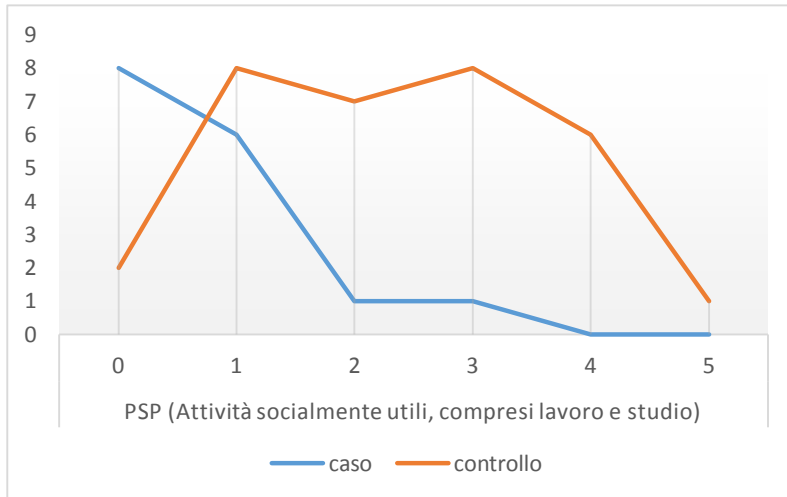


Tabella 22

	PSP (Relazioni personali e sociali)						p
	0 (n,%)	1 (n,%)	2 (n,%)	3 (n,%)	4 (n,%)	5 (n,%)	
Caso	8 (50)	5 (31.3)	3 (18.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.001
Controllo	2 (6.3)	4 (12.5)	10 (31.3)	10 (31.3)	5 (15.6)	1 (3.1)	
Total	10	9	13	10	5	1	

Grafico 7

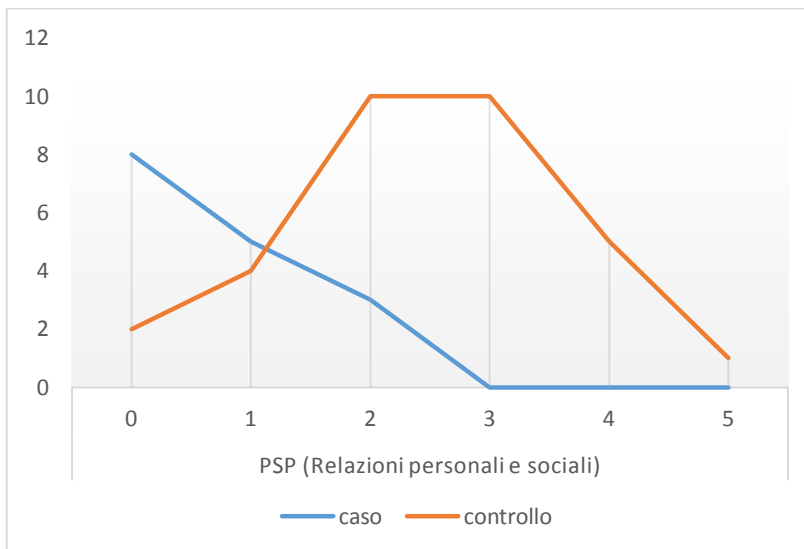


Tabella 23

	PSP (Punteggio totale)																		p	
	30 (n, %)	40 (n, %)	41 (n, %)	47 (n, %)	50 (n, %)	51 (n, %)	60 (n, %)	61 (n, %)	65 (n, %)	69 (n, %)	70 (n, %)	71 (n, %)	75 (n, %)	78 (n, %)	80 (n, %)	83 (n, %)	85 (n, %)	87 (n, %)		90 (n, %)
Caso	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (6.3)	0 (0)	1 (6.3)	0 (0)	4 (25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (18.8)	1 (6.3)	1 (6.3)	1 (6.3)	4 (25)	0.025
Controllo	3 (9.4)	3 (9.4)	2 (6.3)	1 (3.1)	1 (3.1)	3 (9.4)	5 (15.6)	2 (6.3)	0 (0)	2 (6.3)	2 (6.3)	3 (9.4)	1 (3.1)	1 (3.1)	3 (9.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Total	3	3	2	1	1	3	6	2	1	2	6	3	1	1	6	1	1	1	4	

Grafico 8

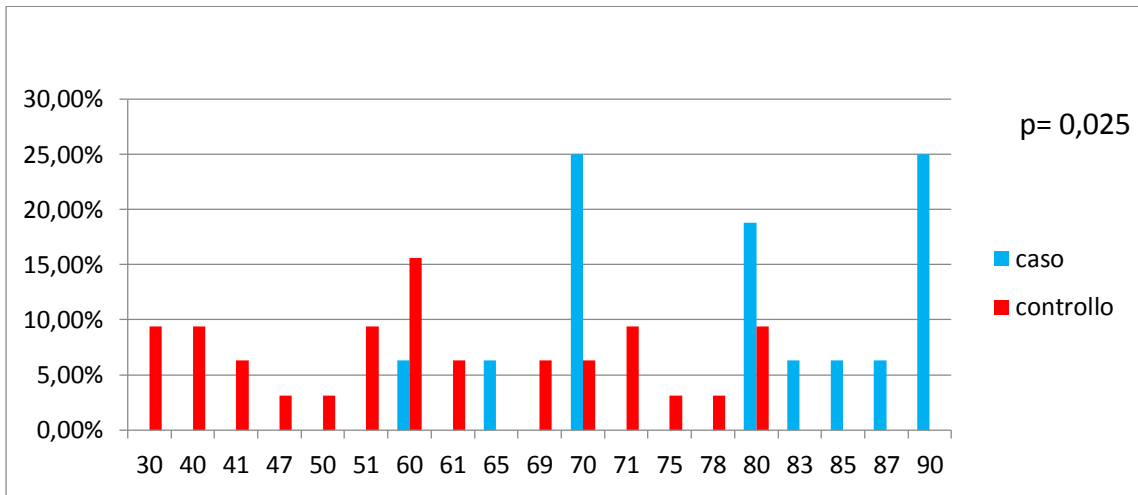


Tabella 24

	Mini-ICF-APP (Flessibilità)					p
	0 (n,%)	1 (n,%)	2 (n,%)	3 (n,%)	4 (n,%)	
Caso	8 (50)	7 (43.8)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	0.054
Controllo	1 (6.3)	10 (62.5)	2 (12.5)	2 (12.5)	1 (6.3)	
Total	9	17	3	2	1	

Grafico 9

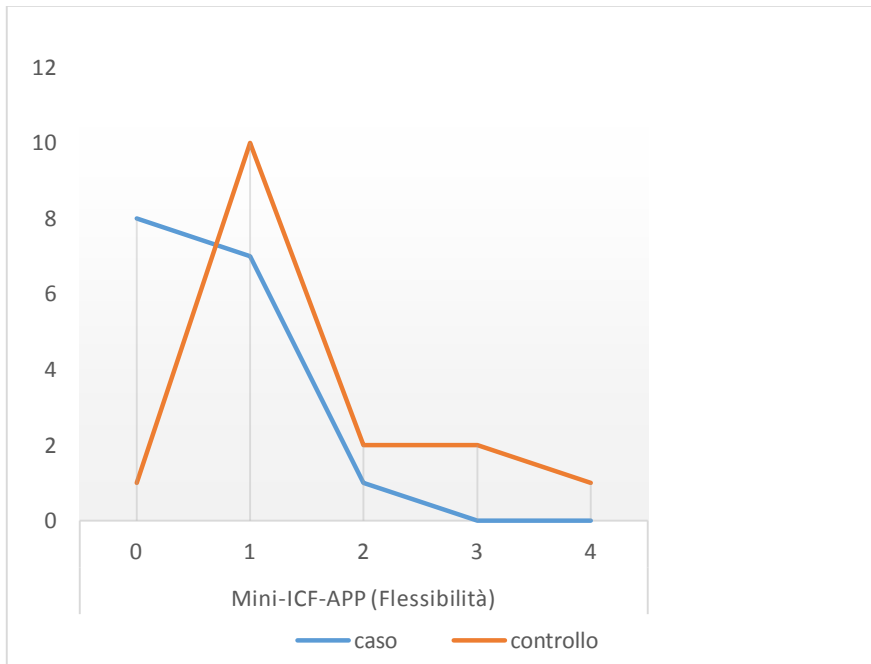


Tabella 25

	Mini-ICF-APP (Competenza)					p
	0 (n,%)	1 (n,%)	2 (n,%)	3 (n,%)	4 (n,%)	
Caso	9 (56.3)	6 (37.5)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	0.008
Controllo	1 (6.3)	5 (31.3)	8 (50)	1 (6.3)	1 (6.3)	
Total	10	11	9	1	1	

Grafico 10

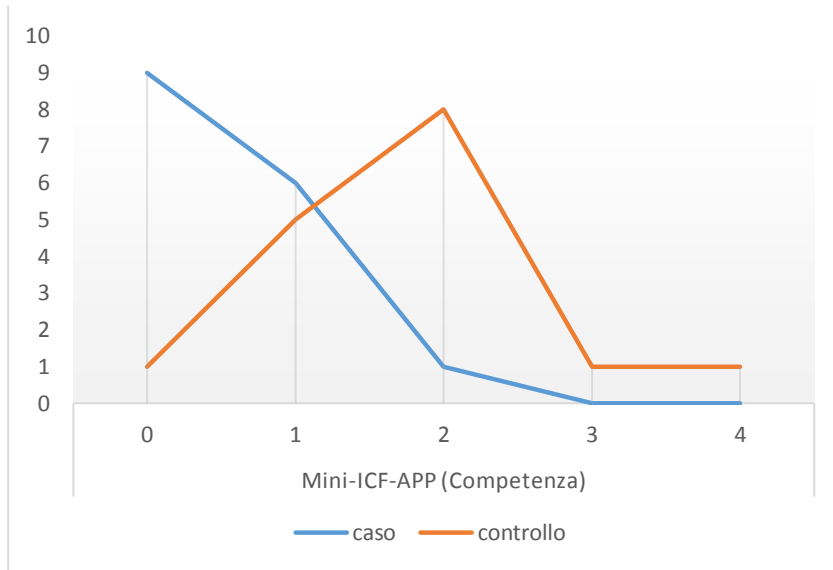


Tabella 26

	Mini-ICF-APP (Persistenza)					p
	0 (n,%)	1 (n,%)	2 (n,%)	3 (n,%)	4 (n,%)	
Caso	11 (68.8)	4 (25)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	0.015
Controllo	3 (18.8)	3 (18.8)	6 (37.5)	3 (18.8)	1 (6.3)	
Total	14	7	7	3	1	

Grafico 11

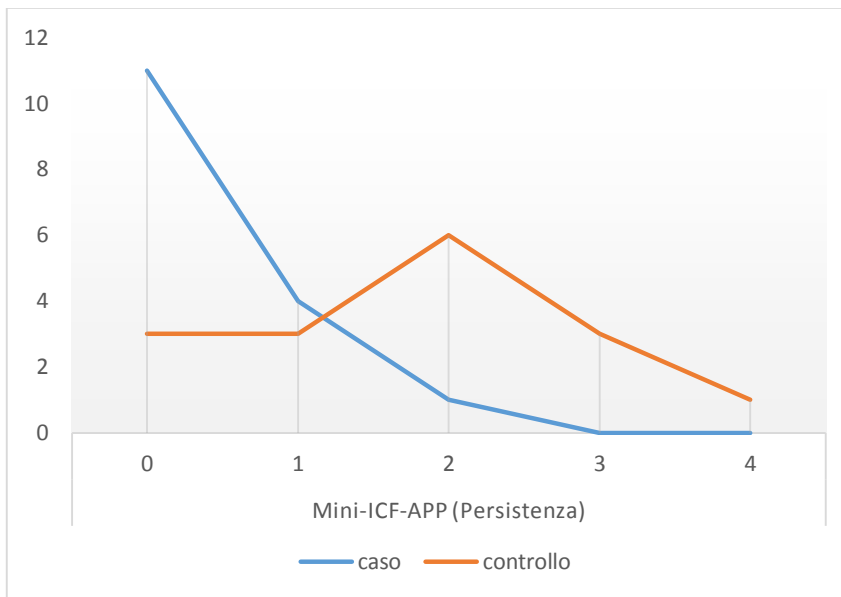
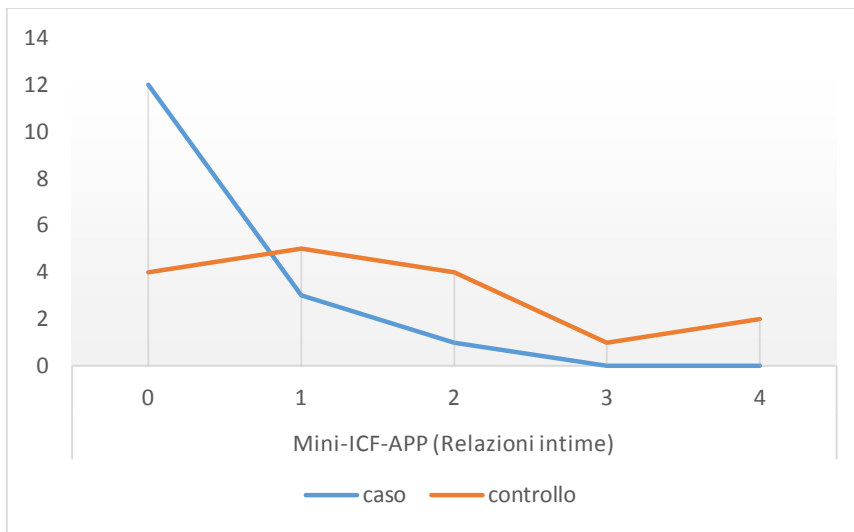


Tabella 27

	Mini-ICF-APP (Relazioni intime)					p
	0 (n,%)	1 (n,%)	2 (n,%)	3 (n,%)	4 (n,%)	
Caso	12 (75)	3 (18.8)	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	0.054
Controllo	4 (25)	5 (31.3)	4 (25)	1 (6.3)	2 (12.5)	
Total	16	8	5	1	2	

Grafico 12



5 BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Non ci scusiamo per il disturbo*, Selargius, Domus de Janas, 2013
- Acil, A.A., Dogan, S., Dogan, O. The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008; 15, pp. 808–815
- American Psychiatric Association, *Linee guida per il trattamento della schizofrenia*, Milano: Masson, 1999
- American Psychiatric Association, Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. In: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM IV-TR, fourth edition, Washington, DC, 2000; pp. 297-344
- American Psychiatric Association, Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5, American Psychiatric Publishing, 2013
- American Psychiatric Association, Schizofrenia e altri disturbi psicotici. In: Manuale diagnostico e statistic dei disturbi mentali, DSM V, quinta edizione, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014; pp. 101-141
- Anthony W.A., Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993; 16(4), pp. 11–23.
- Associazione Montagnaterapia Italiana Onlus in collaborazione con il gruppo di lavoro Montagnaterapia Centro Italia, Atti del convegno *Montagna solidale: i versanti della Montagnaterapia*, Pomezia, 23 ottobre 2009; I.T.O.P. Officine Ortopediche Palestrina Editor
- Balestrieri M., Isola M., Bonn R., Tam T., Vio A., Linden M., Maso E., Validation of the Italian version of Mini-ICF-APP, a short instrument for rating activity and participation restrictions in psychiatric disorders, *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2013; 22, pp. 81–91.
- Behere, R.V., Arasappa, R., Jagannathan, A., Varambally, S., Venkatasubramanian, G., Thirthalli, J., Subbakrishna, D.K., Nagendra, H.R., Gangadhar, B.N. Effect of yoga therapy on facial emotion recognition deficits, symptoms and functioning in

- patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2011; 123, pp. 147–153.
- Blumenthal, J.A., Sherwood, A., Rogers, S.D., Babyak, M.A., Doraiswamy, P.M., Watkins, L., Hoffman, B.M., O'Connell, C., Johnson, J.J., Patidar, S.M., Waugh, R., Hinderliter, A. Understanding prognostic benefits of exercise and antidepressant therapy for persons with depression and heart disease: the UPBEAT study – rationale, design, and methodological issues. *Clinical Trials* (London, England) 2007; 4, pp. 548–559.
 - Borrás L., Boucherie M., Mohr S., Lecomte T., Perroud N., Huguelet Ph., Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders, *European Psychiatry* 2009; 24, pp. 307-316
 - Bruni R., Frecchiami A., Lanfranchi F., Ruolo dell'operatore e dell'accompagnatore, in Lanfranchi F., Frecchiami A., Gentili I., Atti del Convegno *Sentieri di Salute: la montagna che cura*, Bergamo 12-13 novembre 2010; Bergamo, 2011; pp. 51-56
 - Carpineta S, Patologie di interesse psichiatrico: dalla montagna che ne è causa alla montagna che diventa risorsa terapeutico-riabilitativa, Relazione presentata al Palamenti di Bergamo il 27.5.06 in occasione del Convegno di Medicina di Montagna – XII corso di aggiornamento per medici di trekking e spedizioni organizzato dalla Società Italiana di Medicina di Montagna e dalla Commissione Centrale Medica del Club Alpino Italiano *Sopraimille*, Atti del Convegno *Sentieri di Salute: la montagna che cura*, Bergamo 12-13 novembre 2010; pp. 131-134
 - Carpineta S., Montagna e riabilitazione: la situazione in Italia oggi, in Lanfranchi F., Frecchiami A., Gentili I., Atti del Convegno *Sentieri di Salute: la montagna che cura*, Bergamo 12-13 novembre 2010; Bergamo, 2011; pp. 30-35
 - Carpiello B., Pinna F., "Riabilitazione psicosociale". In: Manuale di psichiatria, a cura di: Biondi, Carpiello, Muscettola, Placidi, Rossi, Scarone. Milano, Elsevier, 2009; pp. 245-252
 - Carpiello B., Primavera D., Pilu A., Vaccargiu N., Pinna F., Physical activity and mental disorders: A case-control study on attitudes, preferences and perceived

- barriers in Italy, *Journal of Mental Health*, 2013; 22, pp. 492-500
- Colcombe, S.J., Kramer, A.F., Erickson, K.I., Scalf, P., McAuley, E., Cohen, N.J., Webb, A., Jerome, G.J., Marquez, D.X., Elavsky, S. Cardiovascular fitness, cortical plasticity, and aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2004; 101, pp. 3316–3321
 - Coni A., “In itinere” Progetto di riabilitazione psichiatrica del CSM della ASL 6 di Sanluri, 2013
 - Coni A., “In itinere” Progetto di riabilitazione psichiatrica del CSM della ASL 6 di Sanluri, 2014
 - Convertino, V.A. Blood volume response to physical activity and inactivity. *The American Journal of the Medical Sciences* 2007; 334, pp. 72–79
 - Cotman, C.W., Berchtold, N.C. Exercise: a behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends in Neurosciences*, 2002; 25, pp. 295–301.
 - De Toma N., Dimensioni terapeutiche del gruppo: quale gruppo? In Lanfranchi F., Frecchiami A., Gentili I., Atti del Convegno *Sentieri di Salute: la montagna che cura*, Bergamo 12-13 novembre 2010; Bergamo, 2011; pp. 39-43
 - De Toma N., Per una metodologia della montagnaterapia. Un modo diverso per percorrere la montagna. http://www.montagnaterapia.it/progetti/detoma_2011.html
 - Deimel, H., Lohmann, S. Zur körperlichen Leistungsfähigkeit von schizophren erkrankten Patienten. *Rehabilitation.*, 1983; 22, pp. 81–85.
 - Dishman, R.K., Berthoud, H.R., Booth, F.W., et al. Neurobiology of exercises. *Obesity* ., 2006; 14, pp. 345–356
 - Draganski, B., Gaser, C., Busch, V., Schuierer, G., Bogdahn, U., May, A. Neuroplasticity: changes in grey matter induced by training. *Nature*, 2004; 427, pp. 311–312
 - Duraiswamy, G., Thirhalli, J., Nagendra, H.R., Gangadhar, B.N. Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia — a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 2007; 116, pp. 226–232.

- Ermini D., Pedagogia dell'esperienza in ambito montano, in Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione Sopraimille, Riva del Garda, Rifugio Nino Pernici, 9-11 settembre 2005, Edizioni provincia autonoma di Trento, Assessorato alle politiche per la salute, Trento, 2006; pp. 40-45
- Famiglia Cristiana, n. 44/1999, pag. 143
- First M. B., M.D., Gibbon Miriam, M.S.W., Spitzer R. L., M.D. e Williams J. B. W., D.S.W., GUIDA DELL'ESAMINATORE PER LA SCID – I, Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York, 2002
- First, MB., Gibbon M, Spitzer RL, Williams, JBW, Benjamin LS.: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1997
- Gage, F.H., Kempermann, G., Palmer, T.D., Peterson, D.A., Ray, J. Multipotent progenitor cells in the adult dentate gyrus. *Journal of Neurobiology*, 1998; 36, pp. 249–266
- Gentili I., La montagna e il suo potenziale riabilitativo, in Lanfranchi F., Frecchiami A., Gentili I., Atti del Convegno *Sentieri di Salute: la montagna che cura*, Bergamo 12-13 novembre 2010; Bergamo, 2011; pp. 111-115
- Giorgi M., Dardani A., Semus Fortes, N.S.T Italia, 2011
- Gould, E., Reeves, A.J., Fallah, M., Tanapat, P., Gross, C.G., Fuchs, E. Hippocampal neurogenesis in adult Old World primates. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 1999; 96, pp. 5263–5267.
- Gruppo Sopraimille, Montagna e disagio psichico: una possibile integrazione, in Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione Sopraimille, Riva del Garda, Rifugio Nino Pernici, 9-11 settembre 2005, Edizioni provincia autonoma di Trento, Assessorato alle politiche per la salute, Trento, 2006; pp. 22-28
- Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, Rodri'guez MJ, Rele R, Orta J, Kharbeng A, Araya S, Gervin M, Alonso J, Mavreas V, Lavrentzou E, Lontos N, Gregor K, Jones PB on behalf of the SOHO Study Group. The Clinical Global Impression–Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of

symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 2003; 107 (Suppl. 416): pp. 16–23.

- Hirsch, M., Toole, T., Maitland, C., et al. The effects of balance training and high-intensity resistance training on persons with idiopathic Parkinson's disease. *Physical Medicine and Rehabilitation* 2003; 84, 1109–1117.
- Kno"chel C., Oertel V.-Kno"chel, O'Dwyer L., Prvulovic D., Alves G, Kollmann B., Hampel H., Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients, *Progress in Neurobiology*, 2012; 96 pp. 46–68
- Korschenhausen, D.A., Hampel, H.J., Ackenheil, M., Penning, R., Muller, N. Fibrin degradation products in post mortem brain tissue of schizophrenics: a possible marker for underlying inflammatory processes. *Schizophrenia Research*, 1996; 19, pp. 103–109
- L.P., La lotta all'anoressia inizia con la Montagnaterapia, *Giornale di Vicenza*, 19 aprile 2014
- Lanfranchi F., Frecchiami A., Gentili I., Atti del Convegno *Sentieri di Salute: la montagna che cura*, Bergamo 12-13 novembre 2010; Bergamo, 2011
- Liberman RP, DeRisis WJ, Mueser KT, *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. Needman Highs, Mass, Allin&Bacon,1989
- Linden M, Baron S. Das Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-P). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Rehabilitation*, 2005; 44, pp. 144–151.
- Linden M, Baron S, Muschalla B Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei Psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP). Verlag Hans Huber: Hogrefe AG, Bern, 2009. (Italian translation: Linden M., Baron S, Muschalla B.). Mini-ICF-APP. Uno strumento per la valutazione dei deficit di Attività e Partecipazione nei Disturbi Psicici. Eds. Matteo Balestrieri, Elisa Maso. Giunti OS editore, Firenze, Italy.), 2012
- Linden M, Weidner C. Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Nervenarzt* 2005; 76, pp. 1421–1431.

- Matassino D., Convegno: Tradizioni alimentari dell'appennino campano e prevenzione dei tumori', Acerno (sa), 6 ottobre 2012
- Miletto R., Dal versante della Scuola: i curricoli ed i bisogni educativi speciali", in Associazione Montagnaterapia Italiana Onlus in collaborazione con il gruppo di lavoro Montagnaterapia Centro Italia, Atti del convegno *Montagna solidale: i versanti della Montagnaterapia*, Pomezia, 23 ottobre 2009; I.T.O.P. Officine Ortopediche Palestrina Editor pp. 15-17
- Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione Sopraimille, Riva del Garda, Rifugio Nino Pernici, 9-11 settembre 2005, Edizioni provincia autonoma di Trento, Assessorato alle politiche per la salute, Trento, 2006
- Morosini et al, Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning, *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101, pp. 323-329
- Munzi Ulderico, Terapia d' alta montagna in francia contro le disfunzioni della psiche, malati di mente alpinisti per guarire, *Corriere della sera*, 26 novembre 1992, p. 9
- Nieman, D.C. Exercise immunology: nutritional countermeasures. *Canadian Journal of Applied Physiology (Revue Canadienne de Physiologie Appliquee)* , 2001; 26 (Suppl.), pp. 45–S55.
- Pajonk, F.G., Wobrock, T., Gruber, O., Scherk, H., Berner, D., Kaizl, I., Kierer, A., Muller, S., Oest, M., Meyer, T., Backens, M., Schneider-Axmann, T., Thornton, A.E., Honer, W.G., Falkai, P. Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 2010; 67, pp. 133–143.
- Pajonk, F.G., Wobrock, T., Gruber, O., Scherk, H., Berner, D., Kaizl, I., Kierer, A., Muller, S., Oest, M., Meyer, T., Backens, M., Schneider-Axmann, T., Thornton, A.E., Honer, W.G., Falkai, P. Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 2010; 67, pp. 133–143
- Pereira, A.C., Huddleston, D.E., Brickman, A.M., Sosunov, A.A., Hen, R., McKhann, G.M., Sloan, R., Gage, F.H., Brown, T.R., Small, S.A. An in vivo correlate of exercise-

- induced neurogenesis in the adult dentate gyrus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2007; 104, pp. 5638–5643.
- Pinna F., Deriu L., Lepori T., Maccioni R., Milia P., Sarritzu E., Tusconi M., Carpiello B., Is it true remission? A study of remitted patients affected by schizophrenia and schizoaffective disorders, *PsychiatryResearch*, 2013; 210pp. 739–744
 - Primavera D., Bandecchi C., Lepori T., Sanna L., Nicotra E., Carpiello B., Does duration of untreated psychosis predict very long term outcome of schizophrenic disorders? Results of a retrospective study, *Annals of General Psychiatry* 2012; 11:21; pp. 1-6
 - Primavera D., Carta R., Lepori T., Sanna L., Carpiello B., Durata di psicosi non trattata e deterioramento cognitivo in una coorte di pazienti psicotici cronici, *La clinica terapeutica*, 2013, 164 (4): pp. 263-271.
 - Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., Riviere, D., Vellas, B. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer’s disease: a 1-year randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2007; 55, pp. 158–165
 - Ross J., Baldessarini e Frank I. Tarazi, “Farmacoterapia delle psicosi e della mania” in Goodman e Gilman, *Le basi farmacologiche della terapia, undicesima edizione*, Milano, McGraw-Hill, 2006, pp. 462-499
 - Rossi, F. Struglia: Schizofrenia e Psicosi acute. In: Manuale di psichiatria, a cura di: Biondi, Carpiello, Muscettola, Placidi, Rossi, Scarone. Milano, Elsevier, 2009: 99-110
 - Rossler, W., Salize, H.J., van Os, J., Riecher-Rossler, A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 2005; 15, pp. 399–409
 - Rovio, S., Spulber, G., Nieminen, L.J., Niskanen, E., Winblad, B., Tuomilehto, J., Nissinen, A., Soininen, H., Kivipelto, M. The effect of midlife physical activity on structural brain changes in the elderly. *Neurobiology of Aging*, 2010; 31, pp. 1927–1936.

- Sabbion R., Galiazzo M., Furlan V., Santo E., Rigo G., Piergentili F, Legati ma liberi, passo dopo passo, in *Medicina delle Dipendenze - Italian Journal of The Addiction*, Numero 10, Giugno 2013, pp. 59-62
- Sarbadhikari, S.N., Saha, A.K. Moderate exercise and chronic stress produce counteractive effects on different areas of the brain by acting through various neurotransmitter receptor subtypes: a hypothesis. *Theoretical Biology & Medical Modelling*, 2006; 3, p. 33.
- Sbrana M., Bilatrekking 2005: Pale di San Martino, Trentino-Alto Adige, in *Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione Sopraimille*, Riva del Garda, Rifugio Nino Pernici, 9-11 settembre 2005, Edizioni provincia autonoma di Trento, Assessorato alle politiche per la salute, Trento, 2006, pp. 79-81
- Scoppola G. e Colleghi, 2/ 2007: Definizione di montagnaterapia, tratta dal sito www.sopraimille.it
- Scoppola G., Montagnaterapia Cardiologica: una opportunità per la Riabilitazione Cardiologica Estensiva, in Associazione Montagnaterapia Italiana Onlus in collaborazione con il gruppo di lavoro Montagnaterapia Centro Italia, Atti del convegno *Montagna solidale: i versanti della Montagnaterapia*, Pomezia, 23 ottobre 2009; I.T.O.P. Officine Ortopediche Palestrina Editor pp. 92-94
- Scoppola G., Montagnaterapia: teoria e formazione in dieci anni di esperienze, in Atti del convegno *Montagna solidale: i versanti della Montagnaterapia*, 23 ottobre 2009, pp. 4-9
- Scorcu M., Palazzolo G., Ibba G.,Muntoni E.,Lixi A.,Cossu I.,Tomasi S.,Cappai R., Coni A., From Sardinia, Italy, to the Top of the World. Trekking as Therapy. Modification of Physiological Parameters and Perception of Health Status in a Group of Patients with Severe Psychiatric Disorder, XXXIII FIMS World Congress of Sports Medicine
- Shekhar Saxena, Dawn Carlson, Rex Billington & John Orley on behalf of the WHOQOL Group, The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-

Bref): The importance of its items for cross-cultural research, *Quality of Life Research*, 2001; 10: pp. 711–721,

- Stanley R. Kay, Abraham Flszbeln, and Lewis A. QpJer, The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 1987; Vol. 13, No. 2, , pp. 261-276
- Strohle, A., Feller, C., Strasburger, C.J., Heinz, A., Dimeo, F. Anxiety modulation by the heart? Aerobic exercise and atrial natriuretic peptide. *Psychoneuroendocrinology*, 2006; 31, pp. 1127–1130
- Vogelzangs, N., Penninx, B.W. Depressive symptoms, cortisol, visceral fat and metabolic syndrome. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2011;53, pp. 613–620.
- Weber-Hamann, B., Gilles, M., Lederbogen, F., Heuser, I., Deuschle, M. Improved insulin sensitivity in 80 nondiabetic patients with MDD after clinical remission in a double-blind, randomized trial of amitriptyline and paroxetine. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2006; 67, pp. 1856–1861.
- WHOQOL-group, THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): Position paper from the world health organization, *Soc. Sci. Med.* 1995; Vol. 41, No. 10, pp. 1403-1409,
- Wiersma D, DeJong A, Ormel J. The Groningen social disability schedule: development, relationship with I.C.I.D.H., and psychometric properties. *International Journal of Rehabilitation Research*, 1988; 11, pp. 213–224
- World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO Press:Geneva, 2001
- Zubin J., Spring B.. Vulnerability—A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, Vol. 86, No. 2, pp. 103-126

Sitografia:

- Schizofrenia, la diffusione nella popolazione. Disponibile: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/schizofrenia/schizo.asp>

6 RINGRAZIAMENTI

Desidero ricordare tutti coloro che mi hanno aiutato nella stesura della tesi con suggerimenti, critiche ed osservazioni: a loro va la mia gratitudine, anche se a me spetta la responsabilità per ogni errore contenuto in questa tesi.

Ringrazio anzitutto il Professor Carpinello, Relatore, per i preziosi insegnamenti e per aver accolto la mia idea per la realizzazione di questa tesi.

Inoltre, ringrazio sentitamente il Dr. Primavera ed il Dr. Tusconi che sono stati sempre disponibili a dirimere i miei dubbi durante la stesura di questo lavoro.

Un ringraziamento particolare va al dott. Coni, per il grande sostegno datomi in ogni passo di questo sentiero.

Desidero inoltre ringraziare la dott.ssa Mannu, la sig.ra Guidi e la dott.ssa Puddu per avermi fornito testi e dati indispensabili per la realizzazione della tesi.

Vorrei infine ringraziare le persone a me più care: i miei amici, la mia famiglia e il mio fidanzato.