

SUPSI

Scuola Universitaria della Svizzera Italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, DEASS
Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

LAVORO DI TESI
(BACHELOR THESIS)

Di

Giovanna Negri

“L’importanza della psicoeducazione rivolta al paziente affetto da schizofrenia in ambito riabilitativo. Una revisione della letteratura.”

Direttrice di Tesi: Elisa Dolci

Anno accademico 2021/2022

Manno, 31 luglio 2022

Abstract

Background

La schizofrenia è una malattia cronica e invalidante che compromette le normali attività e abilità della vita quotidiana e crea malessere non solo al soggetto ma anche al suo entourage. Le persone affette da questa patologia, infatti, è come se sperimentassero una dissociazione dalla realtà, manifestando isolamento sociale, diminuzione dell'espressione delle emozioni, modificazioni della percezione, alterazione dei processi di pensiero e disorganizzazione del comportamento.

Obiettivi della ricerca

Lo scopo di questa ricerca è determinare l'efficacia della psicoeducazione rivolta ai pazienti affetti da schizofrenia, in ambito riabilitativo, per migliorare il benessere generale, la qualità di vita, la conoscenza della patologia, l'aderenza farmacologica e a ridurre i tassi di ospedalizzazione.

Metodo

Il tipo di metodologia utilizzata per la stesura del seguente lavoro di Tesi è la revisione della letteratura. Gli articoli scientifici utilizzati, sono stati ricercati nelle seguenti banche dati: PubMed e ScienceDirect. Attraverso l'analisi e la selezione dei documenti ricercati, gli articoli utilizzati per la revisione sono sette; ritenuti eleggibili dal momento in cui soddisfano i criteri di inclusione prefissati.

Risultati

I risultati ottenuti dai sette articoli evidenziano che l'integrazione dell'intervento psicoeducazionale, all'abituale terapia farmacologica e alle cure assistenziali di base, rivolto ai pazienti affetti da schizofrenia, è efficace al fine di migliorare la qualità di vita, l'aderenza farmacologica, il benessere generale, le conoscenze della malattia e ridurre i tassi di ospedalizzazione.

Conclusioni

Questa revisione conferma il bisogno di proporre interventi psicoeducativi infermieristici, utilizzando modalità differenti che siano accessibili economicamente per tutti, al fine di migliorare l'assistenza offerta ai soggetti affetti da schizofrenia.

INDICE

INTRODUZIONE	5
Obiettivi dell'elaborato:	6
QUADRO TEORICO	6
Definizione e storia del termine "schizofrenia"	6
Esordio e decorso	7
Epidemiologia	9
Sintomatologia	9
Prognosi	12
Eziopatogenesi e fattori di rischio	12
Fisiopatologia	15
Diagnosi e classificazione	15
Trattamenti	17
Trattamenti farmacologici.....	17
Trattamenti non farmacologici.....	18
IL RUOLO INFERMIERISTICO	19
Funzioni specifiche dell'infermiere psichiatrico	20
Funzione di osservazione	20
Funzione di oggetto "meno qualificato"	20
Funzione di intermediario.....	20
Funzione di veicolo del trattamento	21
Funzione di "io ausiliario"	21
Funzione di accoglienza.....	21
Funzione di oggetto inanimato.....	21
Funzione psicoeducativa familiare.....	21
Funzione "psicoterapeutica" e riabilitativa.....	21
Funzione didattica e di ricerca	22
LA PSICOEDUCAZIONE COME INTERVENTO RIABILITATIVO IN PSICHIATRIA ...	22
La riabilitazione in psichiatria	22
Modelli della riabilitazione in un contesto psichiatrico	24
Programmare un percorso riabilitativo in psichiatria	25
La psicoeducazione	26
Storia della psicoeducazione	26
Definizione di psicoeducazione.....	27
Psicoeducazione individuale all'interno dei reparti dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale.....	28
METODOLOGIA DELLA RICERCA	31
Formulazione della domanda di ricerca relativa al problema/tema identificato utilizzando il metodo PICO:	33

Modalità della ricerca:	35
REVISIONE DELLA LETTERATURA	38
Risultati della ricerca.....	38
Discussione dei risultati	45
Limitazioni	49
CONCLUSIONI	50
AUTORIFLESSIONE	51
ABBREVIAZIONI	52
RINGRAZIAMENTI	54
BIBLIOGRAFIA	55
ALLEGATI	59
Allegato 1. Tabella riassuntiva degli articoli scientifici	59
Allegato 2. Scheda dei Segni Precoci di Crisi.....	67
Allegato 3. Fiches Losanna TIPPS: la psicosi	68
Allegato 4. Fiches Losanna TIPPS: cannabis e psicosi.....	69
Allegato 5. Fiches Losanna TIPPS: retablissement e psicosi	70
Allegato 6. Fiches Losanna TIPPS: psicosi e medicinali	71

1. Introduzione

All'interno di questo lavoro di Tesi ho deciso di analizzare l'argomento che prende in esame una patologia psichiatrica, ossia la schizofrenia, e in particolare il ruolo dell'infermiere nell'assistenza al paziente affetto da tale disturbo. Mi concentrerò, nello specifico, sull'intervento psicoeducativo che attua l'infermiere in ambito riabilitativo e svolgerò una revisione della letteratura.

Il motivo per cui ho scelto questo argomento è legato all'interesse che è cresciuto in me in questi due anni per la psichiatria. L'esperienza di stage precedente, effettuata in Edera, un reparto della Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC), mi ha stimolato a voler scoprire questo nuovo mondo che mi affascina molto. La psichiatria mi attrae perché è caratterizzata da elementi per me fondamentali che ogni infermiere dovrebbe possedere a livello di competenza e conoscenza. Mi ha reso consapevole dell'importanza della creazione di un rapporto fondato sulla fiducia e sull'alleanza terapeutica col paziente, all'interno di un clima armonico e di collaborazione.

Il percorso di stage ha evidenziato come la competenza comunicativa, che ciascun infermiere dovrebbe acquisire e migliorare, saper comunicare in modo efficace, porta una serie di vantaggi all'assistenza infermieristica e all'equipe.

Nel corso dell'ultimo stage in CPC, svolto in Adorna 4, ho compreso maggiormente cosa vuol dire stare nella relazione e quanto essa sia importante. Questo mi ha motivato molto ad arricchirmi di informazioni e a confrontarmi con i colleghi rispetto la psicoeducazione e la schizofrenia. Grazie a ciò ho potuto approfondire il tema, attraverso l'utilizzo di documenti che mi hanno offerto e la spiegazione del metodo, in quanto nel reparto attuavano interventi di tipo psicoeducativo, che andrò ad approfondire nel quadro teorico. Inoltre, ho avuto la possibilità di confrontarmi con diverse patologie psichiatriche. In particolare, ho stretto un legame molto intenso ed equilibrato con una paziente, affetta da schizofrenia; l'accompagnamento di questa paziente è stato un lungo lavoro di prove e ostacoli, ma che ha portato risultati gratificanti e motivanti nel proseguimento dei miei obiettivi.

Un altro motivo per cui ho scelto questa tematica riguarda il mio desiderio di specializzarmi in salute mentale e proseguire la scoperta delle sfumature ancora nascoste di questo ambito. La motivazione deriva anche dal fatto che sono frequenti le situazioni ricche di pregiudizi, discriminazioni e stigma rivolti verso la psichiatria e le persone affette da disturbo psichiatrico. Credo che approfondendo determinate tematiche si possa migliorare l'integrazione nella società di queste persone.

Nel mio lavoro di Tesi andrò innanzitutto ad analizzare nel quadro teorico la schizofrenia, descrivendone le sue caratteristiche principali. Successivamente sarà presente una descrizione delle competenze che un infermiere in salute mentale dovrebbe possedere e sviluppare, per riuscire ad ottimizzare il grado di assistenza offerta al paziente. Un paziente affetto da schizofrenia richiede particolari attenzioni e spesso risulta a livello relazionale ingestibile, sia a causa delle capacità inefficaci dell'infermiere, sia per lo stato acuto in cui si trova il paziente; ragion per cui, a parer mio, risulta fondamentale conoscere e acquisire col tempo delle strategie per comunicare. Nel capitolo successivo andrò ad approfondire l'intervento psicoeducativo, un metodo che integrato con la terapia farmacologica può essere efficace nel trattamento dei pazienti affetti da un disturbo psichiatrico. Consapevole del fatto che questo intervento sia stato creato per essere

somministrato con la famiglia, ho deciso di approfondirlo come tecnica individuale e quindi utilizzata col singolo paziente. Questo perché, a parer mio, spesso il paziente non ha figure di riferimento, come la famiglia o amici, per questo motivo ho creduto fosse importante evidenziare una modalità che potesse focalizzarsi sull'individuo in quanto tale. Per sostenere l'efficacia della psicoeducazione ci sarà un capitolo dedicato alla descrizione degli studi scientifici ricercati per cui andrò a riassumere gli elementi maggiormente interessanti e che possano aiutare alla comprensione degli studi. All'interno del mio lavoro di Tesi sarà presente una parte legato alla metodologia della ricerca, spazio utile per capire il processo che ho sviluppato nel tempo. In conclusione, vi saranno la bibliografia e gli allegati.

1.1. Obiettivi dell'elaborato:

- Divenire consapevole e integrare nuove conoscenze rispetto al tema scelto (schizofrenia, ruolo infermieristico nell'assistenza e psicoeducazione), utili per la mia futura pratica professionale;
- Riuscire a evidenziare attraverso la stesura del lavoro l'importanza dell'infermiere nei confronti del paziente affetto da schizofrenia, mettendo in luce i suoi compiti e quanto sia rilevante la sua assistenza;
- Riuscire a comprendere quanto sia efficace l'intervento psicoeducativo, in cosa consiste e la rilevanza di esso per i pazienti affetti da schizofrenia;

2. Quadro teorico

2.1. Definizione e storia del termine "schizofrenia"

Con il termine "schizofrenia" si indica una patologia caratterizzata dallo sviluppo di una dissociazione della personalità psichica, che si manifesta attraverso disturbi del comportamento e affettivi (Schizofrenia, 2007). Le persone colpite da questa patologia è come se perdessero la connessione con la realtà circostante; ciò limita o compromette in modo significativo le normali attività di vita e crea disagio non solo al soggetto ma anche a chi lo circonda come amici e familiari (National Institute of Mental Health [NIMH], s.d.). Può venire definita come una delle malattie mentali maggiormente invalidanti per la forte disabilità che comporta, per lo stigma che nuoce chi ne è affetto e inoltre per le diverse problematiche che questi pazienti portano alla famiglia e ai servizi sanitari (Ministero della salute [MSAL], 2007). La schizofrenia è uno dei disturbi mentali più intenso e rilevante nella dimensione psicopatologica (Migone, 2012). Il termine schizofrenia ha origine dal greco "schizo" (= diviso) e "phren" (= cervello), ossia "mente divisa", e venne creato da Eugen Bleuler, psichiatra svizzero, nel 1908 (Rossi, 2015). Questa nuova concezione ha preso il posto dell'idea avuta da Emil Kraepelin, creatasi alla fine del XIX secolo, il quale identificava la patologia come *Dementia Praecox*, ossia una malattia psicotica grave, manifestata in età giovanile e capace di portare il paziente a un peggioramento a livello mentale, non molto differente dalla demenza senile (Rossi, 2015). Bleuler credeva invece che la schizofrenia si dovesse osservare in termini psicologici anziché neuropatologici (Stefan et al., 2002). Per questo motivo lo studioso decise di suddividere in due gruppi i sintomi della patologia schizofrenica:

- Sintomi primari: disturbi delle associazioni del pensiero, affettività inappropriata, ambivalenza e autismo (Migone, 2012).

- Sintomi secondari: allucinazioni, deliri, catatonìa, disturbi del linguaggio e della scrittura, disturbi della memoria, sintomi somatici. Questi, secondo Bleuler non erano necessari per offrire la diagnosi di schizofrenia (Migone, 2012).

I modelli di Bleuler e Kraepelin hanno provato a offrire una definizione che si potesse attribuire al termine schizofrenia, che però, nel corso del tempo verrà rivisitato e giudicato varie volte e presumibilmente sarà definito più chiaramente grazie a nuovi studi e scoperte scientifiche.

2.2. Esordio e decorso

La patologia si manifesta solitamente tra i 18 e 28 anni, con un esordio che può essere improvviso oppure sviluppato a seguito di precedenti sintomi prodromici evidenti e specifici della schizofrenia, come l'isolamento sociale e la diminuzione dell'interesse (EpiCentro, s.d.). L'esordio della schizofrenia si può suddividere in esordio psicotico insidioso e florido/lento (Stefan et al., 2002).

L'*esordio insidioso*, caratterizzato da sintomi negativi di ritiro sociale, apragmatismo e anaffettività (Bolzani, 2021); potrebbero presentarsi in una finestra temporale all'interno della quale la patologia non viene diagnosticata e in cui il soggetto potrebbe risultare progressivamente più distratto e chiuso in sé stesso (Stefan et al., 2002). Inoltre, può accrescere piaceri diversi dal suo quotidiano, di tipo filosofico o religioso, e prendere le distanze dalla propria famiglia e amici (Stefan et al., 2002). Questo può avvenire in settimane o anni, ma spesso la sintomatologia della malattia si manifesta a seguito di una situazione precipitante e ne sono protagonisti i sintomi positivi (Stefan et al., 2002).

L'*esordio florido* è caratterizzato dai sintomi positivi di delirio, allucinazioni e bizzarrie (Bolzani, 2021). Frequentemente il soggetto affetto da schizofrenia, si reca dal medico in possesso di sintomatologia proclamata o perfino in fase residuale (Lalli, 1999). Infatti, risulta essenziale individuare i sintomi caratteristici del periodo prodromico o acuto (Lalli, 1999). Anche senza alcuna terapia la sintomatologia positiva della patologia schizofrenica normalmente si risolve; ciò però non si traduce in "guarigione completa", circa il 50% dei soggetti con schizofrenia manifesta importanti sintomi negativi (Stefan et al., 2002).

Il decorso della schizofrenia è descritto come eterogeneo, caratterizzato da differenti tipi di corso, i quali si differenziano per esordio (florido o insidioso), manifestazione sintomatologica (continua o intermittente) e risultato (povero o non povero) (Fischer & Buchanan, 2022a). Il decorso può venire condizionato da diversi elementi: l'attuazione anticipata di un intervento, l'impiego di un modello assistenziale pluridisciplinare, le caratteristiche dei sintomi e l'aderenza alla terapia (Fischer & Buchanan, 2022a). L'intervento puntuale e profondo potrebbe risultare favorevole nei confronti dell'area psicosociale dell'individuo nel primo periodo della patologia (Fischer & Buchanan, 2022a). Infatti l'attuazione di alcuni trattamenti multidisciplinari hanno riscontrato la diminuzione delle riospedalizzazioni, la sintomatologia anch'essa ridotta e un incremento delle capacità della vita quotidiana e sociale in pazienti che hanno appena manifestato un episodio psicotico (Fischer & Buchanan, 2022a). Al contrario, un evento che potrebbe compromettere e peggiorare il decorso della schizofrenia, comportando in molti casi una ricaduta della psicosi, è caratterizzato da fattori di stress come lutti, traumi, problemi economici e conflitti (Fischer & Buchanan, 2022a).

Normalmente il decorso della schizofrenia attraversa alcune fasi:

Fase prodromica, in cui le persone non manifestano sintomatologia oppure presentano un danneggiamento delle abilità sociali, disorganizzazione della cognizione, anedonia e altre problematiche rispetto al *coping* (Tamminga, 2020). I quadri sopra descritti possono risultare tenui o maggiormente visibili, con un coinvolgimento negativo nei confronti dei meccanismi di funzionamento delle attività di vita quotidiana (Tamminga, 2020).

Fase prodromica avanzata, in cui la sintomatologia manifestata comprende: isolamento sociale, irritabilità, sospettosità, pensieri insoliti, percezioni distorte e disorganizzazione (Tamminga, 2020).

Fase centrale, che comprende lassi di tempo sintomatici, intervallati o durevoli, con inasprimento dei deficit funzionali (Tamminga, 2020).

Fase tardiva, dove il modello della patologia può fissarsi ma è comunque caratterizzato da forte mutevolezza, come anche il fattore invalidità, il quale potrebbe anch'esso saldarsi, aggravarsi o affievolirsi (Tamminga, 2020).

È stato comprovato che l'evoluzione della schizofrenia, dalla sua diagnosi fino ai trenta anni successivi, è molto più benigna rispetto ai dieci anni iniziali (Tuveri et al., 1998). Quanto descritto va in contrasto con la teoria espressa da Kraepelin, il quale affermò che molti soggetti affetti da schizofrenia, nel corso del tempo, subivano un peggioramento clinico (Tuveri et al., 1998). Ma in realtà, come affermato in precedenza, la prognosi risulta più favorevole a lungo termine, perché all'aumentare dell'età la sintomatologia si ristabilisce in molti soggetti (Tuveri et al., 1998). Quando il paziente ha circa 20-30 anni le manifestazioni risultano più aggravate, mentre a 40 anni sono meno gravi, e a 50-60 anni risultano considerevolmente migliorate (Tuveri et al., 1998). Un elemento favorevole per il decorso della schizofrenia è quindi sicuramente l'aumentare dell'età del soggetto. Questo elemento è stato analizzato da alcuni studiosi, che presero in considerazione pazienti deistituzionalizzati di 40 anni o più anziani, in correlazione al periodo in cui svilupparono la schizofrenia (Tuveri et al., 1998); come si vede dalle percentuali nella tabella sottostante, le manifestazioni positive comportano conseguenze gravi e inabilità in età giovanile, mentre diminuiscono di gravità nel corso negli anni, presentandosi in forma residua (Tuveri et al., 1998). Questo avviene anche perché la persona viene educata e coabita con questa sintomatologia, riuscendo a gestirla. È però da precisare che ci sono delle eccezioni e che non tutti seguono questa logica, in quanto può capitare che saltuariamente i soggetti conservino i sintomi più floridi per tutta la vita (Tuveri et al., 1998).

Tabella 1. *Il decorso della schizofrenia* (Tuveri et al., 1998).

30 anni dopo – Il decorso della schizofrenia				
25% Si riprende completamente	35% Molto migliorato ed è relativamente indipendente	15% Migliora ma ha bisogno di una rete vasta di supporto	10% Ospedalizzato, non migliora	15% Muore

2.3. Epidemiologia

Secondo alcuni dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è stato rilevato che circa 24 milioni di persone al mondo sono affette da schizofrenia (Fondazione The Bridge, 2019). Il tasso di prevalenza di questa patologia nei paesi maggiormente sviluppati si pone tra lo 0,3% e lo 0,7% (Fondazione The Bridge, 2019).

In Italia circa 303.913 persone sono affette da schizofrenia, di cui due terzi di queste hanno avuto una diagnosi (212.739, 70%); rispetto a questa percentuale i soggetti sotto trattamento sono circa l'82% (175.382) e gran parte di questi viene trattata con antipsicotici (151.790) (Fondazione The Bridge, 2019). A contraddistinguere negativamente la patologia è la popolazione affetta da schizofrenia non diagnosticata, circa 90/100.000 soggetti; rispettivamente il 17,6% di questi non è trattato a livello farmacologico (Fondazione The Bridge, 2019).

Questa patologia è considerata, per la sua caratteristica frequenza e cronicità, tra le dieci malattie che producono alti *Disability-Adjusted Life Years* (DALY), in italiano attesa di vita corretta per disabilità; si tratta di una misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità (*Years Lived with Disability*, YLD) o per morte prematura (*Years of Life Lost*, LFF) (Fondazione The Bridge, 2019). L'OMS definisce che gli DALY correlati a schizofrenia corrispondono all'1,1%, mentre gli YLD sono circa il 2,8% (Fondazione The Bridge, 2019). Alcuni valori fanno notare come questa patologia porti un livello di mortalità di 2-2,5 volte più alto confrontato con i valori del resto della popolazione e un rischio suicidale 8,5 volte maggiore (Fondazione The Bridge, 2019).

Rispetto all'incidenza si riportano valori considerevolmente cospicui nel sesso maschile in relazione a quello femminile, circa dell'1,40 (valore mediano maschi/femmine) (Fondazione The Bridge, 2019). A seguito della realizzazione di tre rilevanti studi di coorte, si è evidenziato il valore mediano dell'età di manifestazione della patologia: tra i 22 e 23 anni (Fondazione The Bridge, 2019). Nelle donne la comparsa potrebbe ritardare di 3 – 4 anni mediamente, rispetto agli uomini; in questi ultimi l'età dell'esordio è anticipata e la patologia propende a mostrare un decorso più severo, caratterizzato da numerosi sintomi negativi, con diminuita possibilità di regressione e una risoluzione globalmente peggiore (Fondazione The Bridge, 2019).

Si è notato che la popolazione maschile ha un tasso di rischio decisamente maggiore di sviluppare schizofrenia nel corso degli anni, 30-40% in più rispetto alle donne (Messias et al., 2007).

2.4. Sintomatologia

I sintomi della schizofrenia possono mutare a seconda dello stadio della malattia e alla sotto tipologia di essa; inoltre, possono manifestarsi sotto forma di episodi singoli, oppure mediante eventi cronici e saldi (Conte, 2020). I sintomi della schizofrenia vengono suddivisi in positivi, ossia nuove manifestazioni della malattia, anormali e negativi, originati dalla scomparsa di alcune competenze precedentemente possedute dal paziente, prima dell'esordio della patologia (Conte, 2020).

I *sintomi positivi* sono caratterizzati da: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato e comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (Conte, 2020). Si

possono inoltre categorizzare alcune funzioni psichiche all'interno delle quali si presentano modificazione nel corso della schizofrenia:

- La *percezione*. Attività psichica che assimila le emozioni scaturite dalla relazione tra l'organo sensoriale e l'ambiente circostante, con gli eventi vissuti. Le modificazioni di questa dimensione vengono definite dispercezioni, di cui le principali manifestate nella schizofrenia sono le allucinazioni (Fassino et al., 2007). Le allucinazioni sono esperienze vissute dal soggetto per cui quest'ultimo non comprende se ciò che gli sta accadendo sia correlabile a un tipo di percezione allucinata o reale (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18). Le allucinazioni possono comportare alterazioni che colpiscono diversi organi sensoriali: le più presenti sono quelle uditive, esse compaiono attraverso "voci", spesso conversanti tra loro, originarie dall'ambiente esterno e differenti dai pensieri interiori (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18.). Altre tipologie di allucinazioni sono: visive, olfattive e somatiche (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18). Quelle visive sono meno consuete nella schizofrenia, le allucinazioni somatiche, invece, sono quelle in cui il soggetto avverte la sensazione di venire sfiorato e aggredito (Fassino et al., 2007). Le allucinazioni vengono percepite dal soggetto che le sperimenta come evento "normale", esse infatti possono consolidare un delirio (Fassino et al., 2007).
- Il *pensiero*. Attività psichica che permette di esaminare la realtà e criticarla, agendo attraverso idee (Fassino et al., 2007). All'interno del pensiero è possibile attuare una distinzione tra la forma, la quale ne promuove la sua formulazione e il contenuto, caratterizzato dalle idee (Fassino et al., 2007). All'interno delle modificazioni del pensiero troviamo: i deliri, ossia delle modificazioni anomale del contenuto del pensiero; infatti le persone che vivono questo evento, hanno la tendenza a sperimentare un vissuto all'interno di un mondo realizzato dalla propria mente e non socialmente condiviso (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18). Questi possono essere caratterizzati da una varietà di temi differenti e possono essere definiti "bizzarri" dal momento in cui sono distaccati dalla realtà, dunque non si basano su esperienze concrete (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18). I deliri si possono suddividere in: di persecuzione, di riferimento, di controllo, di gelosia/infedeltà, erotici, religiosi, di grandezza, somatici e bizzarri (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18). Il delirio può inoltre venire suddiviso in sistematizzato o non sistematizzato; nel primo caso, il delirio, internamente, ha una buona pianificazione e dura nel tempo; mentre nel secondo caso, si presenta spaccato o frantumato (Fassino et al., 2007).

I *sintomi negativi* sono caratterizzati da diminuzione dell'espressione delle emozioni. Questa categoria di sintomi è caratterizzata da modificazioni delle espressioni del viso e del rapporto visivo, dell'intonazione colloquiale e dell'attività motoria, in particolare di mano, testa e volto (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18.). All'interno di questa categoria possiamo trovare (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18.; Caviglia & Perrella, 2009):

- L'abulia, diminuzione della forza di volontà in attività intenzionali e impulsive;
- L'alogia, calo in relazione all'eloquio e alle risposte verbali;
- L'anedonia, diminuzione di una sensazione di benessere e interesse conseguenti a uno stimolo positivo, oppure nei confronti di attività durante le quali precedentemente si provava piacere, di cui il ricordo di quest'ultima sensazione è svanito;

- L'asocialità, perdita di coinvolgimento nelle relazioni sociali;
- L'appiattimento affettivo, espressione facciale fissa, con sguardo spento, e poco sensibile.

I sintomi negativi affiliati alla schizofrenia, possono riguardare anche altre categorie di disturbi mentali, ed è anche la categoria sintomatologica maggiormente complicata da trattare a livello farmacologico (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18).

I sintomi della schizofrenia possono, inoltre, essere definiti disorganizzati e cognitivi (Tamminga, 2020).

I *sintomi disorganizzati* potrebbero venire categorizzati come particolari sintomi positivi e di questi ne fanno parte i disturbi del pensiero e il comportamento anormale (Tamminga, 2020).

Il pensiero disorganizzato è una modificazione della forma del pensiero, delle modalità di regolarlo e raffigurarlo oralmente. Questi elementi possono poi materializzarsi sotto forma di eventi di 1) deragliamento, quando il soggetto perde il senso della conversazione, 2) di tangenzialità, situazione in cui le risposte del soggetto potrebbero essere unite alla domanda in modo trasversale, oppure del tutto disgiunte e 3) di incoerenza o "insalata di parole", evento in cui la persona presenta un eloquio indecifrabile conseguentemente alla scomparsa dei legami associativi (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18);

Come detto in precedenza un altro elemento che subisce modifiche nel corso della patologia schizofrenica è l'attività motoria: si parla di comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale. Questa tipologia di modificazione può presentarsi in diverse modalità, partendo dalla catatonìa e arrivando sino all'agitazione (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18.). La catatonìa è un elemento che può prevedere il passaggio da una situazione di riduzione della sensibilità nei confronti dell'ambiente circostante, all'opposizione nel conservare un atteggiamento rigido, bizzarro o inadeguato, che può essere mutato con "plasticità" da un'altra persona, verso la quale il soggetto presenta una resistenza a livello motorio (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18). Oppure il soggetto può passare, dal non rispondere verbalmente e fisicamente, a un'eccessiva attività fisica senza alcuno scopo specifico (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18.).

Facenti parte di questa categoria di sintomi troviamo anche: ecolalia, ecoprassia (una riproduzione di azioni e parole di altre persone), attività motoria convenzionale ripetuta e sguardo immobile (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18). La catatonìa e i sintomi che essa comprende vengono collegati anche ad altre patologie di origine mentale oltre che alla schizofrenia (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18).

I *sintomi di deficit cognitivi* includono il danneggiamento di: attenzione, velocità di elaborazione, memoria di lavoro dichiarativa, pensiero astratto, risoluzione di problemi, comprensione delle interazioni sociali (Tamminga, 2020). In questi casi il paziente potrebbe presentare un pensiero rigido e una riduzione rispetto la risoluzione di quesiti, la considerazione di idee altrui e la presa di conoscenza attraverso l'esperienza personale (Tamminga, 2020). La disabilità che affligge questa patologia è legata soprattutto al grado per cui la sfera cognitiva è danneggiata (Tamminga, 2020).

2.5. Prognosi

Secondo alcuni studi attuati dal Recovery After an Initial Schizophrenia Episode (RAISE) l'esito della schizofrenia risulta maggiormente efficace dal momento in cui si agisce in modo anticipato e aggressivo (Tamminga, 2020). Nel corso dei primi cinque anni dalla manifestazione sintomatologica della patologia il meccanismo può danneggiarsi e le competenze sociali e lavorative potrebbero deteriorarsi o svilupparsi in misura minore (Tamminga, 2020). Alcuni studi dimostrano che l'aggravarsi della patologia diminuisca in età avanzata, soprattutto nella popolazione femminile (Tamminga, 2020).

La prognosi, nel corso del primo anno a seguito di diagnosi di schizofrenia, è congiunta al trattamento psicofarmacologico, soprattutto all'aderenza del paziente in relazione a quest'ultimo (Tamminga, 2020). Le ricerche riportano alcuni dati: un terzo dei pazienti presenta una trasformazione positiva e duratura nel tempo; un terzo palesa un progresso ma con riacutizzazioni intervallate e una parte restante di invalidità; un terzo, invece, trattiene con livelli di gravità elevati una situazione di invalidità (Tamminga, 2020). Dunque unicamente il 15% circa di soggetti ha una prognosi caratterizzata da un completo raggiungimento del grado iniziale, pre - morboso, di funzionamento (Tamminga, 2020).

Alcuni elementi che possono condurre a una prognosi infausta sono: esordio precoce o insidioso, sesso maschile, manifestazione di sintomi negativi, storia di schizofrenia in famiglia, QI basso, mancata affettività o elementi sociali stressanti, bassa classe sociale, isolamento sociale e un passato psichiatrico importante (Stefan et al., 2002).

Al contrario, alcuni elementi che possono essere indicatori di una prognosi favorevole sono: l'esordio acuto e la manifestazione di sintomi positivi; inoltre, la convalescenza dalla malattia dovrebbe verificarsi entro due anni dalla comparsa dei sintomi, questo perché, se ciò non dovesse avvenire, le probabilità che la patologia si cronicizzi aumentano (Lalli, 1999).

Un indicatore importante per la prevenzione e la prognosi di eventuali ricadute è l'emotività espressa, la quale comprende i metodi che la famiglia utilizza per accettare il paziente affetto da schizofrenia (Lalli, 1999). Questa caratteristica si misura attraverso un'intervista, la quale sottolinea le preoccupazioni e i metodi sensibili dei familiari nei confronti del paziente (Lalli, 1999). Si è notato che il calore emotivo e gli accorgimenti positivi sono due atteggiamenti che promuovono e agevolano l'inclusione del soggetto (Lalli, 1999)

Quanto detto in precedenza fa comprendere l'importanza di riconoscere tempestivamente i sintomi così da ottenere una diagnosi puntuale della patologia schizofrenica. Questo perché di conseguenza la prognosi, nel corso del tempo, risulterà migliore e grazie a una buona aderenza terapeutica del paziente si riusciranno a ottenere risultati efficaci, a livello di benessere e di ottimizzazione della qualità di vita.

2.6. Eziopatogenesi e fattori di rischio

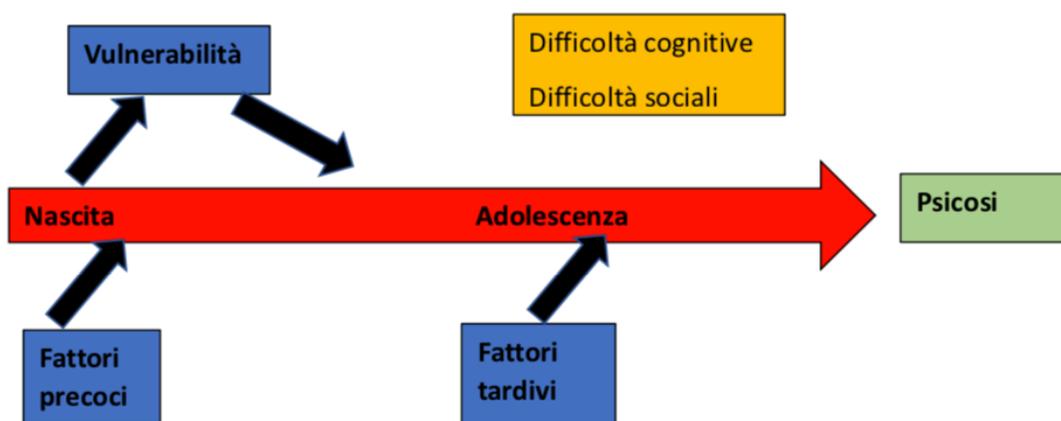
Attualmente non si è in grado di definire le ragioni che portano allo sviluppo della patologia schizofrenica (Fassino et al., 2007). Ma sono presenti alcuni elementi che, se alterati, spesso si collegano alla schizofrenia: fattori genetici, biologici, psicosociali e

ambientali (Fassino et al., 2007). Per questa patologia ci si appoggia al modello biopsicosociale, secondo il quale l'unione di condizioni biologiche, psicologiche e sociali potrebbe definire la vulnerabilità caratteristica della schizofrenia (Fassino et al., 2007). Da questa premessa, possiamo individuare i fattori di rischio rilevanti per questa patologia e che ne possono amplificare la possibilità di svilupparla (NIMH, n.d.):

- La genetica, anche se quest'ultima non è un fattore che da solo predispone necessariamente allo sviluppo della patologia;
- L'ambiente, che interagendo con la genetica potrebbe esercitare una funzione importante nell'evoluzione della schizofrenia;
- La struttura cerebrale, in quanto si pensa che alcune diversità all'interno di essa possano contribuire nello sviluppo della malattia.

Fattori genetici. Si pensa che sia presente una predisposizione genetica. Questo pensiero è stato sviluppato a seguito di studi su coppie di gemelli e attraverso la mappatura del genoma umano, dimostrando una vulnerabilità genetica (Fischer & Buchanan, 2022b). Secondo Stefan et al., 2002, i risultati di questi studi sono stati poco coerenti e realistici, per cui si è sviluppato un modello poligenico multifattoriale (vedi figura 1), che comprende una congiunzione tra i fattori genetici e quelli ambientali (Stefan et al., 2002). Altri studi confermano la correlazione tra i geni e l'ambiente (Fischer & Buchanan, 2022b). In una meta-analisi sviluppata nel *Genome-Wide Association Study* (GWAS), la quale ha studiato la correlazione del genoma della schizofrenia, sono stati considerati 108 loci affiliati ad essa (Stilo & Murray, 2019). Questi ultimi interessano geni implicati nella sintesi della dopamina, nella regolazione dei canali del calcio, dell'immunità e di neuro recettori del glutammato (Stilo & Murray, 2019). Ciò nonostante, queste ricerche GWAS mettono in luce solo una piccola parte delle possibili cause di sviluppare schizofrenia (Stilo & Murray, 2019). La predisposizione genetica, dunque, non è l'unica possibile causa di sviluppo della patologia, bensì sono presenti i cosiddetti fattori esterni, suddivisi in fattori ambientali precoci e tardivi (Stefan et al., 2002).

Figura 1. Modello poligenico multifattoriale (Bolzani, 2021).



Fattori ambientali precoci:

- Complicanze ostetriche. È stato dimostrato quanto queste possano aumentare significativamente il rischio di sviluppare schizofrenia (Stefan et al., 2002). Le principali complicazioni si collocano in fase peri e prenatale e possono essere:

ischemia ipossica, emorragie intraventricolari o peri - ventricolari, anomalie neurochimiche secondarie a ipossia perinatale e carenza nutrizionale durante lo sviluppo fetale (Stefan et al., 2002).

- Infezioni perinatali. Si è notato come i nati nei mesi invernali siano in futuro più propensi allo sviluppo della patologia, come anche ci sono studi che parlano di rosolia correlata sempre ad una possibile causa di sviluppo della patologia schizofrenica (Stefan et al., 2002). Altri elementi sono la malnutrizione nel corso del terzo trimestre di gravidanza e la circonferenza del cranio inferiore al normale durante i controlli (Stefan et al., 2002).
- Anomalie del neuro sviluppo. Si pensa che la patologia schizofrenica sia dovuta anche a questi fattori, anomalie che si presentano durante lo sviluppo uterino del feto (Stefan et al., 2002).

Fattori ambientali tardivi:

- Consumo di cannabis. Fattore di rischio che aumenta il concreto sviluppo della schizofrenia, anche se oltre a questo dovrebbero essere presenti altri fattori per scatenare la patologia (Fischer & Buchanan, 2022b).
- Fattori psicosociali. Si è notata la loro importanza nel cooperare per lo sviluppo della schizofrenia e il suo peggioramento (Stefan et al., 2002).

Fattori cerebrali. Si è notato inoltre che alcuni neurotrasmettitori quali dopamina, glutammato, acido gamma – aminobutirrico e acetilcolina siano implicati nella schizofrenia (Fischer & Buchanan, 2022b). Questi raffigurano elementi odierni ritenuti validi per lo sviluppo dell'intervento farmacologico nei confronti del disturbo preso in causa in precedenza (Fischer & Buchanan, 2022b). Vengono anche riscontrati altri fattori di rischio, nel corso del primo anno di vita, per lo sviluppo della schizofrenia: QI inferiore nell'infanzia, problemi di udito, problemi emotivi e difficoltà interpersonali (Stilo & Murray, 2019).

Altri fattori di rischio:

Traumi e avversità sociali. Due elementi che, se avvengono nel periodo che va dall'infanzia all'età adulta, possono caratterizzare un possibile fattore di rischio per la schizofrenia (Stilo & Murray, 2019).

Classe sociale e isolamento. Alcuni studi mettono in correlazione la diversità sociale alla nascita e la schizofrenia, rilevando che lo status socioeconomico può venire considerato come un possibile fattore di rischio della schizofrenia (Stilo & Murray, 2019). L'OMS, ha comunicato attraverso alcuni studi, che i tassi di disabilità cronica e dipendenza legate alla schizofrenia sono maggiori nei Paesi sviluppati, rispetto che ai Paesi a basso reddito, rammentando che all'interno dell'organizzazione societaria, manca qualcosa di necessario per la guarigione (Stilo & Murray, 2019).

Migrazione. I gruppi di migranti sono molto più a rischio di sviluppare schizofrenia o altri disturbi psichiatrici (Stilo & Murray, 2019). Questo si è evidenziato in svariati Paesi sviluppati, comprovando che il rischio di manifestare schizofrenia aumenta nei rifugiati, rispetto ai migranti non rifugiati (Stilo & Murray, 2019). Gli elementi concomitanti allo sviluppo della patologia sono: esposizioni alle avversità sociali in tutte le fasi del processo migratorio, bassa densità etnica, isolamento sociale, discriminazione e mancanza di accesso ad alloggi privati e opportunità economiche (Stilo & Murray, 2019).

In conclusione, possiamo affermare che i fattori di rischio elencati in precedenza non sono sufficienti per sviluppare la schizofrenia (Stilo & Murray, 2019).

Proprio per questo si parla di fattori che agiscono su livelli diversi e che prendono parte alla manifestazione e alla progressione della schizofrenia (Stilo & Murray, 2019).

2.7. Fisiopatologia

Per riuscire a capire la sintomatologia manifestata dai pazienti schizofrenici è importante conoscere quale sia il funzionamento alterato che avviene a livello cerebrale, precisamente nei percorsi neurotrasmettitoriali (Fassino et al., 2007).

All'interno del sistema nervoso centrale e in parte anche nel midollo spinale, troviamo il circuito dopaminergico (Lalli, 1999). La teoria su cui ci si basa per la comprensione della sintomatologia tipica della schizofrenia pensa che le manifestazioni della patologia siano l'effetto di un'eccessiva attività della struttura dopaminergica; per inibire ciò, è necessario l'impiego di farmaci antipsicotici, che attaccandosi al recettore del neurotrasmettitore, inibiscono l'attività del sistema dopaminergico (Lalli, 1999). Ci sono cinque tipi di recettori postsinaptici per la dopamina: D1, D2, D3, D4 e D5; di questi il maggiormente analizzato, per quanto riguarda la schizofrenia e la sua fisiopatologia, è il D2 (Fassino et al., 2007).

2.8. Diagnosi e classificazione

La diagnosi è molto complicata, in quanto molti sintomi sono sovrapponibili ad altre patologie o a comportamenti definiti strani, ma non patologici, e si definisce delicata, perché una diagnosi di questa malattia interferisce a livello personale, sociale, sanitario e familiare (Fondazione The Bridge, 2019). La quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) mette a disposizione per la diagnosi di schizofrenia i criteri elencanti di seguito:

Tabella 2. *Criteri diagnostici della schizofrenia nel DSM-5* (American Psychiatric Association [APA], 2013).

CRITERIO A
Due (o più) dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte di tempo significativa durante un periodo di un mese (o meno se trattati con successo). Almeno uno di questi deve essere presente 1), 2) o 3): <ol style="list-style-type: none">1. Deliri2. Allucinazioni3. Eloquio disorganizzato (es., frequente deragliamento o incoerenza)4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico5. Sintomi negativi (cioè diminuzione dell'espressione delle emozioni o abulia).
CRITERIO B
Per una significativa parte di tempo dall'esordio del disturbo, il livello di funzionamento in una o più delle aree principali, come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé, è marcatamente al di sotto del livello raggiunto prima dell'esordio. Oppure quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta

l'incapacità di raggiungere il livello atteso di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo.

CRITERIO C

Segni continuativi del disturbo persistono per almeno sei mesi. Questo periodo di sei mesi deve comprendere almeno un mese di sintomi (o meno se trattati efficacemente) che soddisfano il criterio A (cioè fase attiva dei sintomi), e può comprendere fasi di sintomi prodromici o residui. Durante queste fasi di sintomi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere evidenziati soltanto da sintomi negativi oppure da due o più sintomi elencati nel criterio A presenti in forma attenuata (es. convinzioni stravaganti, esperienze percettive inusuali).

CRITERIO D

Il disturbo schizo-affettivo, il disturbo depressivo e il disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche sono stati esclusi, perché:

1. Non si sono verificati episodi depressivi maggiori o maniacali in concomitanza con la fase attiva dei sintomi;
OPPURE
2. Se gli episodi di alterazione dell'umore si sono verificati durante la fase attiva dei sintomi, essi si sono manifestati per una parte minoritaria della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

CRITERIO E

Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (es. una sostanza di abuso, un farmaco) o un'altra condizione medica.

CRITERIO F

Se c'è una storia dello spettro autistico o di disturbo della comunicazione a esordio infantile, la diagnosi aggiuntiva 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 della schizofrenia.

La diagnosi di una specifica forma di schizofrenia varia a seconda del quadro clinico che mostra il paziente durante la sua valutazione diagnostica e alla domanda della terapia (Caviglia & Perrella, 2009). Secondo *l'International Classification of Diseases – 10* (ICD – 10), la schizofrenia viene classificata in sottotipi diversi riportati di seguito (Caviglia & Perrella, 2009).

Schizofrenia paranoide: si esprime e compare sotto forma di deliri e allucinazioni, caratterizzati da esperienze congiunte di genere persecutorio (Caviglia & Perrella, 2009). Questa sintomatologia può scatenare nella persona atteggiamenti di carattere violento e suicidario (Caviglia & Perrella 2009). Il soggetto può mostrare, inoltre, segni connessi quali rabbia, ansia, allontanamento e comportamento critico (Caviglia & Perrella 2009).

Schizofrenia di tipo ebefrenico: colpisce in particolar modo l'affettività, la quale risulta piatta e inadatta, il comportamento e l'eloquio sono disorganizzati (Caviglia & Perrella, 2009). Potrebbero essere presenti allucinazioni e deliri spezzati e non organizzati in un contenuto realistico (Caviglia & Perrella, 2009).

Schizofrenia di tipo catatonico: presenta un blocco motorio con *stupor* o catalessia, smisurata attività fisica, esteriormente senza un particolar obiettivo, negativismo, mutacismo e presa di posizioni bizzarre e non idonee (Caviglia & Perrella, 2009). L'eloquio è caratterizzato da linguaggio ecolalico (Caviglia & Perrella, 2009).

Schizofrenia di tipo indifferenziato: questa non rappresenta un sottotipo ma viene utilizzata per fare una distinzione tra i sintomi necessari per una diagnosi di schizofrenia e le altre tipologie di schizofrenia sopra descritte (Caviglia & Perrella 2009).

Schizofrenia di tipo residuo: i sintomi, in questo caso, non sono "attivi" o importanti, ma presenti in forma residuale (Caviglia & Perrella 2009). Viene descritta come una fase che si trova nel mezzo tra l'evento psicotico e la remissione completa (Caviglia & Perrella 2009).

Da quanto descritto si può trarre la conclusione che per poter diagnosticare una malattia come la schizofrenia sia necessaria molta attenzione ed esperienza, per riuscire a identificare precocemente la patologia e allo stesso tempo evitare di etichettare un paziente con la diagnosi sbagliata (Maone & Gazzillo, 2014, cap. 18).

2.9. Trattamenti

Per la schizofrenia si prevedono trattamenti farmacologici, cosiddetti antipsicotici, che possono diminuire l'energia attraverso cui si presentano i sintomi, e trattamenti non farmacologici che agiscono a livello comportamentale ed educativo, rivolti sia ai pazienti, sia ai loro *caregivers* (NIMH, n.d.).

2.9.1. Trattamenti farmacologici

I farmaci antipsicotici si possono suddividere in *tipici* e *atipici*, ambedue validi per trattare i sintomi caratteristici della schizofrenia, ma si mostrano differenti in ambito farmacodinamico (Caviglia & Perrella 2009). Vengono somministrati per via orale o attraverso iniezioni intramuscolari/endovenose; possono anche venire praticate iniezioni intramuscolari a liberazione estesa, "coprendo" così anche periodi mensili, dal momento in cui potrebbe verificarsi una mancata o inefficace aderenza al trattamento farmacologico (Caviglia & Perrella 2009).

Farmaci tipici. Questa tipologia comprende determinate sostanze appartenenti a due classi specifiche: fenotiazine (perfenazina e flufenazina) e butirrofenoni (aloperidolo, clotiapina e levomepromazina) (Caviglia & Perrella 2009). Questa categoria di farmaci va ad agire sui recettori antagonisti D₂ della dopamina (Caviglia & Perrella 2009). Questa inibizione dopaminergica consente di operare, per garantire l'aumento dell'efficienza del trattamento dei sintomi positivi sul piano delle vie mesolimbiche e mesocorticali; questo non esclude però degli effetti collaterali (Caviglia & Perrella 2009). I principali sono: sintomi extrapiramidali, discinesia tardiva, iperprolattinemia, sindrome neurolettica maligna, prolungamento dell'intervallo QT, morte improvvisa e aumentato rischio di

mortalità in pazienti anziani, se usati per il trattamento dei sintomi psichiatrici correlati alla demenza (Jibson, 2020). Questi effetti indesiderati sono la principale differenza tra farmaci tipici e atipici (Jibson, 2020). È importante considerare che questa tipologia di farmaci presenta un assorbimento irregolare se assunta in forma orale, in quanto alcuni di questi è soggetto a un metabolismo da parte del fegato, che permette di avere biodisponibilità ma a livelli mutevoli o bassi (Jibson, 2020). Questo elemento è da considerare dal momento in cui si monitora l'effetto terapeutico di un farmaco, che varia da paziente a paziente (Jibson, 2020).

Farmaci atipici

Vengono definiti *atipici*, in quanto la loro azione inibitoria è rivolta nei confronti di più ricettori dopaminergici e serotonergici (Caviglia & Perrella 2009). Fanno parte di questa categoria clozapina, risperidone, olanzapina e la quetiapina (Caviglia & Perrella 2009). Alcuni studi hanno evidenziato che questi farmaci hanno un maggior effetto positivo per quanto riguarda la risoluzione e miglioramento dei sintomi negativi e positivi, rispetto all'aloiperidolo (Caviglia & Perrella 2009). Olanzapina e risperidone presentano come effetti collaterali sintomi extrapiramidali, manifestati però a seguito di dosi elevate di principio attivo; mentre, l'iperprolattinemia, l'aumento del colesterolo e di peso sono effetti più indesiderati nel caso dei farmaci atipici (Caviglia & Perrella 2009). Questa categoria farmacologica è utilizzabile in diversi tipi di formulazioni, a dipendenza del farmaco che si vuole utilizzare; dunque possiamo trovare: compresse, compresse di disintegrazione orale, iniezioni a rilascio immediato o a lunga durata d'azione (Jibson, 2022).

2.9.2. Trattamenti non farmacologici

Oltre alla terapia farmacologica è bene considerare alcuni approcci utilizzati, per i pazienti affetti da schizofrenia, importanti al fine di garantire un processo di cura migliore ed efficace. Gli interventi principali sono i seguenti: la psicoeducazione familiare, l'insegnamento delle abilità sociali, la riparazione cognitiva e la tecnica cognitivo-comportamentale (Bustillo, 2022).

La *psicoeducazione familiare* è una tipologia di intervento che mira a sviluppare una relazione fondata sulla collaborazione tra paziente, famiglia e medico. È un momento in cui vengono fornite, agli assistiti, informazioni concernenti il trattamento, il decorso e l'origine della schizofrenia (Bustillo, 2022). Questa terapia può essere somministrata sia ai pazienti che hanno sperimentato una recidiva psicotica recente, e hanno un legame significativo con i familiari, sia per i pazienti che hanno avuto molteplici recidive, e si confrontano con un contesto familiare stressante. Generalmente è un intervento che si attua attraverso sessioni mensili, che coinvolgono il singolo nucleo familiare o più gruppi (Bustillo, 2022).

L'insegnamento delle abilità sociali è una tecnica utilizzata per risanare e migliorare la mancanza di competenze del paziente schizofrenico. Spesso quest'ultimo rileva difficoltà nelle attività di vita quotidiana e sociali (Bustillo, 2022). I deficit di queste capacità sono correlati alla sintomatologia negativa della patologia schizofrenica, e la terapia farmacologica spesso non è abbastanza, per cui è importante integrarla a interventi specifici. Infatti, la formazione delle abilità sociali permette a questi soggetti, di esercitarsi sul comportamento in relazione a fattori stressanti o problemi incontrati nel corso della vita quotidiana. Lo scopo della terapia è quello di migliorare le competenze sociali, al fine di potenziare e ottimizzare il funzionamento individuale (Bustillo, 2022).

La *riparazione cognitiva* è un approccio che cerca di perfezionare il processo di comprensione, attraverso la modificazione dell'attenzione e del ragionamento. Questa tecnica prevede che il soggetto si alleni continuamente su un determinato compito di progettazione delle informazioni. Quando la persona raggiungerà il limite della sua performance, gli verranno assegnati compiti più difficili. È un metodo che prevede l'utilizzo di computer, dunque la persona può tranquillamente svolgere le attività a livello ambulatoriale o a casa (Bustillo, 2022).

La *tecnica cognitivo-comportamentale* viene integrata al trattamento di paziente resistenti alla terapia farmacologica. Il suo scopo è quello di diminuire la vivacità dei deliri e delle dispercezioni, favorendo, inoltre, l'adesione all'intervento dei soggetti, al fine di ridurre il rischio di recidiva e la disabilità sociale. Solitamente questa terapia permette l'individuazione della sintomatologia e la sua spiegazione da parte del paziente, sostenuto da un professionista; al fine di sviluppare comportamenti adeguati e abilità efficaci per superare i problemi della vita quotidiana (Bustillo, 2022).

L'importanza di integrare il trattamento non farmacologico con i farmaci antipsicotici è fondamentale. Permette di ottimizzare il processo di cura e sviluppare una relazione terapeutica utile per promuovere la fiducia nel rapporto curante-paziente e curante-familiari. Dovrebbe esserci una corretta e armoniosa integrazione tra questi trattamenti considerando, anche, la singolarità della persona. L'infermiere per fare ciò dovrebbe utilizzare e acquisire alcune competenze specifiche che verranno approfondite nel capitolo successivo.

3. Il ruolo infermieristico

Le persone che soffrono di schizofrenia sono sottoposte ogni giorno a inosservanze nei confronti dei loro diritti umani, sia dalla società, sia dalle istituzioni (World Health Organization [WHO], 2019). Lo stigma rivolto a questa patologia è molto elevato, questo, promuove discriminazione con una conseguente difficoltà di accesso ai beni necessari e primari, come il lavoro, l'istruzione o l'assistenza (WHO, 2019).

L'infermiere, dunque, ha un ruolo importante a livello di assistenza al paziente e dovrebbe assisterlo nelle decisioni e nella promozione di determinate possibilità per la sua vita quotidiana e l'accesso ad alcuni servizi.

Le competenze infermieristiche principali infatti, includono tre importanti nozioni: sapere, saper fare e saper essere (Raucci & Spaccapeli, 2013).

Possiamo tradurli, in ordine: il sapere determina l'apprendimento teorico; il saper fare concerne la capacità pratica; infine il saper essere indica l'abilità di trovarsi in determinate situazioni, riuscendo a capirlo e relazionarsi con esso attraverso consapevolezza ed equilibrio (Raucci & Spaccapeli, 2013).

Le azioni che si svolgono in ambito professionale si basano su una serie di regole, apprese durante lo studio e la pratica, e sulla personale visione del mondo, che si può tradurre come modello concettuale (Raucci & Spaccapeli, 2013). È fondamentale comprendere l'uomo e il contesto come soggetti interdipendenti, che interagiscono costantemente tra loro (Raucci & Spaccapeli, 2013).

Le competenze di un infermiere che si occupa di salute mentale sono differenti rispetto alle competenze generali richieste (Tacchini, 1998). Le difficoltà che un infermiere professionale vive in ambito psichiatrico sono specialmente legate all'abitudine di seguire uno schema definito e una routine specifica nei tempi prestabiliti dall'équipe e dal reparto (Tacchini, 1998). Questo non permette di avere "tempo" per comunicare con i pazienti, elemento che, nella salute mentale, è necessario e imprescindibile (Tacchini, 1998).

Le cure attuate in ambito psichiatrico, però, sono caratterizzate dalla comunicazione e dal coinvolgimento emotivo con il soggetto, dunque gli schemi e il tempo vengono messi in secondo piano (Tacchini, 1998). Si è notato che molti infermieri, lavorando in psichiatria, hanno "perso" la motivazione, credendo che il lavoro svolto non fosse più eseguito nel modo corretto (Tacchini, 1998). Operando in questo campo, non diminuiscono le competenze, bensì è necessario acquisire esperienza nel regolare e accomodare le nozioni e le abilità studiate nel corso del tempo, alle differenti richieste dei degenti psichiatrici (Tacchini, 1998).

3.1. Funzioni specifiche dell'infermiere psichiatrico

Il paziente affetto da patologia psichiatrica richiede bisogni specifici, per cui l'infermiere deve essere in grado di adattare il proprio comportamento alla richiesta dell'utente (Tacchini, 1998). Oltre alle competenze infermieristiche principali, il professionista della salute psichiatrica, dovrebbe eseguire le seguenti funzioni:

3.1.1. Funzione di osservazione

Questa tecnica dovrebbe venire utilizzata soprattutto in fase iniziale, per raccogliere i dati necessari da integrare poi con gli altri punti di vista multidisciplinari, per la creazione di un progetto di cura personalizzato e adeguato (Tacchini, 1998).

Oltre a questo, è importante osservare la situazione abitativa del paziente, come sono disposti gli spazi, l'igiene generale della casa e l'atteggiamento nei confronti dei familiari, per realizzare, come detto in precedenza, interventi adeguati al paziente, discutendone con l'équipe (Tacchini, 1998).

3.1.2. Funzione di oggetto "meno qualificato"

Spesso in psichiatria il paziente vede l'infermiere come una persona poco qualificata, seppur possieda competenze e conoscenze che lo rendono abile nella pratica (Tacchini, 1998). Questa svalutazione da parte dell'utente permette a quest'ultimo di acquisire un controllo e sviluppare autostima verso di sé (Tacchini, 1998). L'infermiere dovrà essere in grado di osservare il soggetto e conoscerlo, senza influenzare negativamente il suo pensiero e senza giudizio, al fine di creare una relazione e un legame terapeutico utili per sviluppare un'assistenza efficace. Questo avviene anche e soprattutto grazie alla comunicazione e i termini che vengono utilizzati, spesso semplici e poco tecnici (Tacchini, 1998).

3.1.3. Funzione di intermediario

L'infermiere fa da tramite tra i familiari e il paziente, oppure, tra il paziente e figure esterne (Tacchini, 1998). Questa abilità aiuta il paziente, perché quest'ultimo necessita di qualcuno che permetta di attuare una connessione tra il suo mondo interiore, quindi la sua realtà e il mondo circostante, su differenti livelli (Tacchini, 1998).

3.1.4. Funzione di veicolo del trattamento

Avviene quando l'infermiere "veicola" il farmaco o il trattamento che sia, quando il paziente è in grado di assumerlo o svolgerlo (Tacchini, 1998). Questo avviene dal momento in cui il curante, osserva il soggetto ogni qualvolta che lo incontra e comprende al meglio cosa sia giusto per lui (Tacchini, 1998). Il professionista della salute, inoltre, fa comprendere al paziente lo scopo del trattamento che deve svolgere, il perché viene fatto, e le motivazioni per cui rifiuta di attuarlo o assumerlo, in quanto spesso viene rifiutato da parte del soggetto (Tacchini, 1998).

3.1.5. Funzione di "io ausiliario"

All'interno di questa funzione troviamo due modalità: il *maternage* e il *contenimento* (Tacchini, 1998). Il *maternage*, viene attuato quando la patologia psichiatrica del paziente è in fase regressiva, momento in cui l'io del soggetto è danneggiato; dunque l'infermiere deve prendere le funzioni di questa parte compromessa dell'utente, fornendo a quest'ultimo i bisogni che necessita e provvedendo all'assistenza anche delle attività più semplici e quotidiane (Tacchini, 1998). La modalità di *contenimento* invece preclude all'infermiere, in ambito relazionale col paziente, di raccogliere e rafforzare quei sentimenti che l'utente non è in grado di ordinare da solo (Tacchini, 1998).

3.1.6. Funzione di accoglienza

Questa funzione è molto importante per il paziente, in quanto spesso confrontato con diverse strutture curative sconosciuto per lui (Tacchini, 1998). L'infermiere deve essere abile e disponibili ad accogliere; ciò significa concretamente offrire l'occasione al soggetto di manifestare la propria domanda di aiuto (Tacchini, 1998). Il curante deve garantire un ambiente "privato", in cui il soggetto si senta ascoltato e il curante dimostri la sua completa disponibilità nel prendere in considerazione i bisogni dell'utente (Tacchini, 1998).

3.1.7. Funzione di oggetto inanimato

Questa funzione permette all'utente di esprimere le sue difficoltà e problematiche senza la paura di venire criticato da parte dell'infermiere che ha di fronte, che, grazie alla tecnica di ascolto attivo che attua, riesce a garantire al paziente benessere e sostegno, rimanendo semplicemente in silenzio (Tacchini, 1998). Il curante deve capire i momenti giusti in cui parlare e altri in cui rimanere in silenzio, questo perché la relazione col paziente psicotico spesso può risultare difficile e insostenibile e una tecnica di difesa attuata dal professionista della salute è proprio questa (Tacchini, 1998).

3.1.8. Funzione psicoeducativa familiare

L'infermiere, in ogni contesto curativo, dovrebbe tener sempre in considerazione i familiari del paziente e non dimenticarsi che anche loro necessitano di informazioni e sostegno quanto il paziente (Tacchini, 1998). Affinché si crei un clima di cooperazione tra familiari e curante, quest'ultimo dovrà promuovere la comunicazione e l'ascolto al fine di guadagnare la fiducia dei *caregivers* (Tacchini, 1998). Così facendo i familiari riusciranno più facilmente ad ascoltare i consigli dell'infermiere, per superare gli ostacoli col paziente nella vita quotidiana (Tacchini, 1998).

3.1.9. Funzione "psicoterapeutica" e riabilitativa

Funzione in cui l'infermiere sostiene il paziente e ricorda a quest'ultimo i traguardi e gli eventi gratificanti che ha svolto in passato, promuovendo così in lui la motivazione (Tacchini, 1998). È utili integrare a questo intervento, le persone chiave del paziente, in

quanto permettono di non farlo sentire solo nella risoluzione di eventuali problematiche (Tacchini, 1998). Lo scopo riabilitativo, in questo caso, sarà quello di rafforzare le competenze già apprese dal paziente e di promuovere la ricerca di nuove strategie per il superamento di problematiche, che siano maggiormente soddisfacenti e adatte (Tacchini, 1998).

3.1.10. Funzione didattica e di ricerca

Questa funzione possiede lo scopo di offrire informazioni all'équipe, uno scambio di idee, definizioni, strumenti educativi di conoscenze e consigli per poter accrescere a livello professionale e personale con continuità (Tacchini, 1998).

In conclusione, possiamo affermare che l'infermiere psichiatrico deve possedere molte abilità, oltre a quelle base, e più tecniche per lo svolgimento della professione, che comprendono la comunicazione e la relazione col paziente. Questo deve avvenire attraverso accorgimenti che possono fare la differenza per la creazione di una relazione fondata sulla fiducia e rispetto reciproco tra paziente e infermiere.

L'aderenza terapeutica che avrà il paziente, dipenderà fortemente dalle tecniche comunicative attuate dall'infermiere; senza alleanza terapeutica, l'aderenza non può esistere.

Per quanto riguarda le funzioni affidate al curante, ritengo importante per lo sviluppo del mio lavoro di Tesi, la psicoeducazione. Questa pratica viene utilizzata anche in ambito riabilitativo con paziente psicotico, specialmente quando il soggetto non si trova in fase acuta della sua malattia. In seguito, approfondirò e spiegherò il tema della psicoeducazione del paziente schizofrenico e dei suoi familiari, la sua efficacia e cosa si intende per riabilitazione psichiatrica.

4. La psicoeducazione come intervento riabilitativo in psichiatria

4.1. La riabilitazione in psichiatria

Nel 1981 nasce il Dipartimento di Salute Mentale, evento importante per la psichiatria e per i pazienti affetti da disturbi mentali, perché nascono organizzazioni e strutture che permettono al paziente di usufruire di interventi riabilitativi col fine ultimo di sviluppare un corretto meccanismo bio – psico – sociale (Silvestroni et al., 2019).

La riabilitazione viene riconosciuta dall'OMS come: “un insieme di interventi volti a ottimizzare il funzionamento e ridurre la disabilità in individui con condizioni di salute in interazione con il loro ambiente” (WHO, 2021).

La riabilitazione dunque è un meccanismo che persegue lo scopo di individuare, diminuire e prevenire i motivi per cui si sviluppa una situazione di inabilità, sostenendo il soggetto a usufruire e favorire le sue risorse (Fassino et al., 2007). L'utente quando si trova nella condizione di dover condurre la propria vita all'interno di un contesto non medicalizzato è definito “riabilitato”, proprio perché riesce a condurre una vita sociale e lavorativa comparabile a quella delle altre persone (Fassino et al., 2007).

La *riabilitazione psichiatrica* è caratterizzata da terapie che hanno come obiettivo congiunto l'acquisizione di competenze lavorative, sociali, fisiche ed educative utili e

fondamentali per vivere all'interno di una società con dei costi accessibili, offerte come supporto ai pazienti affetti da malattie psichiche (Fassino et al., 2007).

Organizzare la riabilitazione richiede competenza, in quanto essa deve integrarsi con il progetto individualizzato del trattamento per ciascun paziente (Fassino et al., 2007). La riabilitazione psichiatrica deve focalizzarsi su interventi regolari e flessibili per adattarli a patologie psichiatriche croniche, al fine di migliorare la sintomatologia, le funzionalità e la sistemazione sociale, lavorativa e familiare (Fassino et al., 2007).

Molti professionisti della salute pregiudicano l'intervento riabilitativo, sminuendo quest'ultimo, definendolo come un'attività che cerca di occupare il soggetto affetto da patologia psichiatrica grave; inoltre sostengono che questo metodo rifiuta la riattivazione e l'incremento delle competenze del soggetto (Fassino et al., 2007). Le risposte dei pazienti al trattamento dovrebbero venire analizzate attraverso un determinato criterio riabilitativo e non solo utilizzando criteri clinici, dal momento in cui la sintomatologia potrebbe comunque perdurare, ma congiuntamente a questo, i soggetti aumentano le abilità e le facoltà sociali (Fassino et al., 2007).

Alcuni elementi che migliorano la risposta al trattamento includono un funzionamento positivo nel pre-ricovero sociale e occupazionale e la creazione di un'alleanza terapeutica (Fassino et al., 2007). I risultati sono stati poi associati e valutati insieme alla qualità di vita espressa dal paziente (Fassino et al., 2007). Si è notato che la riabilitazione porta a una diminuzione della sintomatologia psicotica, al recupero delle competenze sociali a un aumento dell'autostima del soggetto (Fassino et al., 2007).

Sono presenti diverse metodologie di riabilitazione. Per comprendere quale sia la migliore per il paziente sarà necessario attuare una valutazione a livello bio – psico – sociale (Fassino et al., 2007). L'organizzazione degli obiettivi e la valutazione degli elementi funzionali sono elementi chiave per lo sviluppo di un percorso riabilitativo, ma soprattutto, questi permettono che si creino dei cambiamenti nel paziente (Fassino et al., 2007).

L'*assessment* che si attua deve prendere in considerazione il contesto in cui il paziente si trova, tenendo conto anche delle abilità sociali possedute prima della comparsa del disturbo psichico (Fassino et al., 2007). Questo viene fatto durante l'interazione terapeutica col soggetto attraverso l'esplorazione delle emozioni e la correlazione di queste agli eventi vissuti, al disagio psichico e alle rappresentazioni; permettendo così l'inizio dell'intervento riabilitativo (Fassino et al., 2007).

Gli elementi da analizzare nel corso della valutazione della disabilità sono: la capacità di possedere un ruolo nella società, la cura di sé, il grado di dipendenza da altri individui, il grado di solitudine e sostegno sociale, le caratteristiche delle relazioni e l'esistenza di atteggiamenti disfunzionali correlati alla patologia psichiatrica (Fassino et al., 2007). Per l'*assessment* vengono utilizzate diverse modalità di valutazione, l'ultimo aggiornamento ha portato la creazione della *Revised International Classification of Function, Disability and Health*, una scala che analizza lo schema corporeo, l'attività e l'adesione (Fassino et al., 2007). Permette così di capire su quale livello intervenire a seconda della dimensione compromessa (Fassino et al., 2007).

Dunque, prima di proporre l'intervento riabilitativo è di fondamentale importanza occuparsi della valutazione del soggetto affetto da patologia psichiatrica, in modo tale da

sviluppare un percorso terapeutico adeguato e personalizzato, focalizzato sui bisogni del paziente e sulle difficoltà da colmare. Evidenziando però anche le risorse, utili per riuscire a ottenere risultati migliori.

È necessario, come dicevo in precedenza, considerare le risorse che il paziente possiede anziché concentrarsi principalmente sulla malattia, in quanto la riabilitazione ha lo scopo di promuovere cambiamenti interiori per riuscire ad avere un recupero generale della salute (Fassino et al., 2007). Gli obiettivi che si pone la riabilitazione sono (Fassino et al., 2007):

- Il raggiungimento dell'indipendenza e delle abilità di comunicazione al massimo livello possibile;
- L'apprendimento di modalità comportamentali accettabili dall'individuo e dal contesto che lo circonda;
- La posizione di tali processi nella realtà dell'individuo.

Un altro elemento su cui porre attenzione nel processo riabilitativo è lo stress, in quanto un buon curante dovrebbe tener conto di questo per appoggiare il soggetto nella sua relazione con l'ambiente e sarà necessario anche alleggerire gli elementi stressanti all'interno del contesto ambientale (Fassino et al., 2007). L'iter corretto per lo sviluppo dell'intervento riabilitativo prevede non solo l'identificazione degli obiettivi, ma anche l'identificazione delle risorse del paziente, evidenziando il suo io, per promuovere in lui maggiore autostima e speranza (Fassino et al., 2007).

4.2. Modelli della riabilitazione in un contesto psichiatrico

In questo capitolo approfondirò i modelli teorici a cui fa riferimento la riabilitazione psichiatrica. Negli anni è stata necessaria l'introduzione di questi modelli in quanto si è notato quanto la terapia farmacologica non fosse abbastanza nel trattamento della psicosi (Silvestroni et al., 2019). Tramite l'approccio riabilitativo, le modalità di intervento sono concrete, in quanto possono essere verificate attraverso l'analisi di alcuni aspetti legati al paziente (Silvestroni et al., 2019). Il funzionamento sociale è un tema che funge da fattore predittivo nel caso delle psicosi, sia a livello di esordio, sia per quanto riguarda il decorso (Silvestroni et al., 2019). Saraceno (1995, citato da Silvestroni et al., 2019) definisce quattro tipologie di modelli intellettuali e pratici: Ciompi, Spivak, Social Skills Training e modelli psicoeducativi.

Modello di Ciompi. Questo modello considera le aspettative espresse dalla famiglia, dal paziente e dagli operatori (Fassino et al., 2007). Ciompi suggerisce l'attuazione di progetti riabilitativi individualizzati e progressivi, ascoltando e interrogando il paziente rispetto a ciò che lui stesso necessita e sente di aver bisogno (Fassino et al., 2007). Questa tipologia di intervento si propone di raggiungere uno scopo ben preciso e maturo, rispetto alla fase iniziale, in cui si trovava il paziente (Fassino et al., 2007). Infatti, si aiuta il soggetto a prendere decisioni adeguate rispetto alla sua abitazione, al tipo di lavoro che vorrebbe svolgere e l'istruzione da scegliere adatta per lui (Fassino et al., 2007).

Modello di Spivak. Si appoggia alla visione psicosociale con il fine di ostacolare lo sviluppo della cronicità durante percorso del paziente (Fassino et al., 2007). Per Spivak la disabilità a livello psicosociale in un soggetto si caratterizza a causa delle interazioni verso quest'ultimo da parte dell'ambiente circostante (Fassino et al., 2007). Questo

comporta nel soggetto l'acquisizione di una serie di fallimenti che di conseguenza comporteranno l'evitamento di alcune situazioni potenzialmente rischiose le quali potrebbero dare origine a insuccessi (Fassino et al., 2007). La riabilitazione, secondo questo modello, ha quindi il dovere di sostenere la persona nell'accrescere atteggiamenti socialmente funzionali e adeguati, rispetto alle regole della società, in cinque aree: casa, famiglia, area sociale, hobby, cura di sé e lavoro (Fassino et al., 2007).

I modelli di Social Skill Training. Si basano sul tema di vulnerabilità e stress, il quale sostiene che alcune persone siano maggiormente predisposte e vulnerabili a percepire stress a livello biologico (Fassino et al., 2007). Il forte carico di stress potrebbe fungere da causa per un eventuale manifestazione di un episodio psicotico (Fassino et al., 2007). L'ottenimento di competenze da parte della persona, quali: autogestione, *self-help*, organizzazione dell'abitazione e il lavoro, opererebbe come un elemento protettivo (Fassino et al., 2007). Si parte con l'identificazione e l'analisi di un singolo problema per poter sostenere il soggetto allo sviluppo delle abilità sociali essenziali che lo possano aiutare a risolverlo; il nostro compito sarà quello di aiutare nella simulazione dell'evento problematico e offrire rinforzi positivi (Fassino et al., 2007).

Modelli psicoeducativi. Il metodo psicoeducativo viene proposto e condiviso da molti esperti, i quali lo attuano utilizzando differenti sfumature (Silvestroni et al., 2019). La vulnerabilità soggettiva e gli eventi stressanti si definiscono come causa scatenante del disturbo psicotico (Silvestroni et al., 2019). Si è visto, inoltre, come la psicoeducazione diminuisca le ricadute grazie all'apprendimento dei familiari, i quali comprendono come affrontare le situazioni più complicate che si possono presentare nel decorso della patologia psichiatrica (Silvestroni et al., 2019). La psicoeducazione ritiene che la presenza della famiglia sia fondamentale nel corso dell'intervento riabilitativo, perché i familiari acquisiscono una parte fondamentale nell'andamento della patologia (Silvestroni et al., 2019). Grazie ad essi, infatti, è presente la prevenzione e la protezione dalle ricadute e l'effetto benefico nella riabilitazione, premettendo che la famiglia possieda conoscenze della malattia, competenza di *coping* e cooperazione con gli operatori (Silvestroni et al., 2019).

4.3. Programmare un percorso riabilitativo in psichiatria

Il processo di riabilitazione è composto da tre stadi: diagnostica, pianificazione e intervento (Lalli, 1999). Nella fase diagnostica, sarà necessario analizzare e valutare la domanda ricevuta per la riabilitazione, quindi, identificare la struttura o persona inviante e successivamente la qualità e l'appropriatezza della domanda ricevuta (Fassino et al., 2007). Sarà poi importante una valutazione generale del soggetto attraverso l'utilizzo di test e incontri individuali e familiari, prendendo in considerazione, per l'analisi della persona, gli elementi che seguono (Fassino et al., 2007):

- Storia familiari e personale;
- Presenza di possibili deficit cognitivi;
- Competenze;
- Aree colpite dalla disabilità (lavoro, scuola, casa);
- Situazione psicopatologica;
- Abilità comunicative e sociali;
- Il motivo per cui decide di attuare un progetto riabilitativo.

Nella fase di pianificazione si identificano e programmano gli interventi che andranno poi eseguiti per favorire l'acquisizione di competenze e il perfezionamento delle risorse (Lalli, 1999). Nella fase di intervento, si concentra l'interesse verso le capacità del paziente e sulla cooperazione del contesto circostante (Lalli, 1999). La terapia farmacologica dovrà essere valutata e adattata secondo le esigenze e alle condizioni del paziente, a questa tipologia di piano riabilitativo (Lalli, 1999).

Rispetto alle tappe appena descritte è importante considerare che gli obiettivi scelti, dovrebbero essere condivisi e discussi insieme al soggetto, così come il progetto di riabilitazione (Fassino et al., 2007). Questo perché ogni elemento scelto necessita del consenso da parte dell'utente, per due motivi principali: il primo comprende giustificazioni etiche, mentre il secondo per offrire al paziente la possibilità di attivarsi e collaborare all'interno del piano di cura (Fassino et al., 2007). Gli obiettivi che accomunano ogni programma riabilitativo sono i seguenti (Paterniti, 1996, citato da Fassino et al., 2007):

- Il cambiamento progressivo da struttura riabilitativa alla società;
- Fortificare l'autostima e l'identità della persona assistita;
- Sviluppare una relazione terapeutica significativa;
- Riuscire a far comprendere il significato del tempo, in quanto di difficile comprensione da parte dei soggetti affetti da patologia psichica, dove il fattore tempo è trascendente ed estraneo.

Possiamo suddividere in primo e secondo livello le attività svolte in ambito riabilitativo (Fassino et al., 2007). Nel primo, troviamo le occupazioni che si concentrano sul progresso degli atteggiamenti del soggetto in relazione alla realtà che lo circonda (Fassino et al., 2007). Nel secondo, invece, troviamo quelle attività che si focalizzano sulla dimensione interna del soggetto e ai sentimenti; indirizzate verso la riflessione degli eventi e allo sviluppo delle abilità sociali e interiori (Fassino et al., 2007).

4.4. La psicoeducazione

4.4.1. Storia della psicoeducazione

Nel 1945 avviene un cambiamento in ambito psichiatrico, in quanto il focus si amplia, passando dalla peculiare attenzione rivolta all'utente e alla sua sintomatologia a quella verso le sue interazioni con i familiari (Nicolò & Pompili, 2012). Il soggetto viene studiato all'interno dell'ambiente in cui si relaziona, con l'obiettivo di capire il sintomo ed eliminarlo, correggendo eventuali comportamenti disfunzionali (Nicolò & Pompili, 2012).

A seguito di alcuni studi svolti negli anni Sessanta a Londra nasce la teoria dell'Emotività Espressa (Lalli, 1999). Gli studiosi hanno visto che i soggetti dimessi dalle cliniche e tornati a convivere insieme alla famiglia manifestavano un'elevata influenza delle ricadute rispetto agli utenti che sceglievano altre tipologie di alloggio (Lalli, 1999). Sono arrivati alla conclusione che una famiglia, caratterizzata da un forte carico di emotività legata alla sintomatologia psichiatrica manifestata dal paziente, si è dimostrata per quest'ultimo disfunzionale (Lalli, 1999). Leff, Vaughn, Fallon e Hogarty approfondiscono il tema della vulnerabilità biologica correlata allo stress, sostenendo che il paziente schizofrenico è fortemente reattivo alle condizioni familiari; ragion per cui, il fine dei ricercatori è quello di incoraggiare la modificazione delle interazioni ambientali circostanti al paziente e rivisitare l'atmosfera familiare (Lalli, 1999). Fallon, a seguito degli studi attuati da alcuni ricercatori, introduce un nuovo elemento, che secondo lui è importante considerare, ossia la risorsa protettiva e curativa in possesso dalla famiglia che si prende a carico il soggetto affetto da grave patologia psichiatrica (Nicolò & Pompili, 2012). Da questo pensiero si

origina il modello psicoeducativo (Nicolò & Pompili, 2012). L'interazione del soggetto con l'ambiente sociale può influire positivamente o negativamente nel decorso della patologia; dunque si suppone che, fornendo un'educazione alla persona e al suo entourage, si possa migliorare o fronteggiare gli atteggiamenti che potrebbero favorire ricadute (Nicolò & Pompili, 2012). La psicoeducazione deve essere identificata come predecessore di metodi terapeutici, psicosociali e farmacologici (Nicolò & Pompili, 2012). Essa è un metodo psicosociale che aiuta i familiari e il paziente ad affrontare alcuni fattori esterni stressanti, favorendo lo sviluppo di strategie di *coping* e aumentando il sostegno sociale (Nicolò & Pompili, 2012).

4.4.2. Definizione di psicoeducazione

Il *National Institute of Mental Health* qualifica le attività di riabilitazione psicosociale come un percorso atto a ottimizzare la qualità di vita dei soggetti portatori di disabilità psichiatrica severa e cronica, fornendo assistenza per promuovere l'acquisizione di consapevolezza della realtà e attivare maggiormente il funzionamento per promuovere l'indipendenza all'interno della società (Nicolò & Pompili, 2012). Alcuni studi affermano che per sviluppare l'*empowerment*, ossia l'abilità di possedere un ruolo attivo e organizzare la propria vita quotidiana, è necessario che vi sia l'informazione (Nicolò & Pompili, 2012). Quest'ultima include l'offrire nozioni rispetto alla sintomatologia, alla prognosi e alle possibilità curative in relazione al disturbo psichiatrico; ma non è sufficiente la conoscenza, bensì è necessario che le spiegazioni vengano offerte attraverso modalità efficaci per rendere partecipe attivamente il paziente e i suoi familiari nel percorso assistenziale (Nicolò & Pompili, 2012). Secondo Anderson (1981, citato da Nicolò & Pompili, 2012) la psicoeducazione consiglia metodi atti a perfezionare le abilità familiari, utili per la gestione dello stress, attraverso l'utilizzo di proposte e documentazione informativa riguardante la patologia e le corrispettive manifestazioni (Nicolò & Pompili, 2012). La psicoeducazione cerca di realizzare un *setting* familiare momentaneo poco potenziato che possa ridurre i momenti stressogeni e le conseguenti ricadute, evitando contemporaneamente che la famiglia si senta eccessivamente sotto pressione, con il fine ultimo di migliorare la qualità di vita globale (Nicolò & Pompili, 2012). Questo è un intervento messo in pratica dai professionisti della salute ed è molto importante, sia a livello riabilitativo sia nello sviluppo dell'*empowerment* (Nicolò & Pompili, 2012).

La psicoeducazione deve seguire alcune norme per ritenersi efficace nel processo di modificazione e di conoscenza; infatti, la presentazione deve essere chiara e concisa, evitando l'uso di termini complicati e deve offrire informazioni organizzate e ordinate rispetto la malattia e la sua terapia, in modo tale che il soggetto possa essere in grado di fronteggiare e controllare il disturbo (Nicolò & Pompili, 2012).

Esistono alcune tecniche messe in atto: in primis, la visualizzazione dell'informazione, dove vengono utilizzati dispositivi comuni e semplici, come una lavagna, oppure dispositivi tecnologici come un videoproiettore, con norme differenti, in base alle esigenze dei pazienti (Nicolò & Pompili, 2012). Un'altra pratica è la ripetizione regolare dell'informazione, utilizzata nel caso in cui il paziente presenta difficoltà cognitive, di concentrazione, attentive o mnemoniche (Nicolò & Pompili, 2012). L'esposizione deve essere equilibrata, in quanto è importante tener conto del grado d'istruzione e culturale dei singoli paziente, evitando dunque di fornire informazioni di contenuto eccessivamente dettagliato (Nicolò & Pompili, 2012). L'approccio del *problem solving* è favorito dalla parte interattiva della psicoeducazione, la quale prevede la messa in atto di simulazioni che

riprendono fatti di vita quotidiana, permettendo e stimolando la relazione (Nicolò & Pompili, 2012).

Anche per il trattamento della schizofrenia, viene consigliato l'utilizzo della psicoeducazione (Nicolò & Pompili, 2012). Gli obiettivi dell'intervento comprendono: la conoscenza e comprensione della malattia, ottimizzare la qualità di vita e la *compliance*, diminuire le ricadute (Nicolò & Pompili, 2012). È consigliato proporre la psicoeducazione non solo ai familiari con alta emotività espressa, ma anche alle altre famiglie, ai *caregivers* che si occupano del paziente o eventualmente alle figure di riferimento (Nicolò & Pompili, 2012).

4.4.3. Psicoeducazione individuale all'interno dei reparti dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale

La psicoeducazione può essere svolta in piccoli gruppi, individualmente oppure con i familiari, spiegando e osservando la malattia da un punto di vista multidimensionale (Favrod et al., 2011). Collegandomi a ciò, vorrei riportare due differenti tipologie di psicoeducazione utilizzate a livello individuale col singolo paziente, all'interno del reparto Adorna 4 dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale (OSC) di Mendrisio. La nascita della psichiatria pubblica in Ticino, parte con la creazione dell'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC) nel 1898, a Mendrisio, più precisamente a Casvegno (Repubblica e Cantone Ticino, s.d). Intorno agli anni Cinquanta/Sessanta l'assistenza psichiatrica si rivolge anche al territorio, aumentando e perfezionando la prevenzione (Repubblica e Cantone Ticino, s.d). La grande modificazione si nota a seguito dell'emanazione, il 2 febbraio 199, della Legge sull'Assistenza Sociopsichiatrica Cantonale (LASP), la quale prevedeva che le prestazioni praticate auto-sufficientemente sarebbero state convogliate in un unico ente: l'OSC (Repubblica e Cantone Ticino, s.d). Quest'ultimo viene definito come l'organizzazione che si occupa di accogliere soggetti affetti da patologie psichiatriche, a livello ambulatoriale e territoriale (Repubblica e Cantone Ticino, s.d). Successivamente, nel 1994 l'ente subisce una divisione, da una parte troviamo la Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC), dall'altra troviamo il Centro Abitativo, Ricreativo e di Lavoro (CARL), un centro che si occupa di pazienti affetti da patologie psichiatriche croniche e stabili (Repubblica e Cantone Ticino, s.d). La CPC, invece, è una organizzazione che ospita e offre assistenza a soggetti adulti e anziani affetti da disturbi psichiatrici e psicologici che si trovano in fase acuta (Repubblica e Cantone Ticino, s.d). Le cure offerte vengono discusse e concesse da équipe multi-professionali e specializzate, ogni professionista coopera per garantire un efficace assistenza (Repubblica e Cantone Ticino, s.d). Principalmente si fondano sul principio dell'alleanza terapeutica, il rispetto della dignità dell'utente e la sua centralità (Repubblica e Cantone Ticino, s.d). L'Adorna 4 è uno dei reparti della CPC ed è il centro di competenza per i disturbi psicotici (Repubblica e Cantone Ticino, s.d). Esso, grazie all'équipe multiprofessionale, offre cura e assistenza di tipo individualizzato attraverso interventi di tipo riabilitativo e terapeutico. Le attività svolte hanno come obiettivo la socializzazione e promuovono la fortificazione delle risorse individuali dell'utente. All'interno della struttura, in cui ho svolto uno stage, ho potuto conoscere i differenti approcci di psicoeducazione utilizzati individualmente con i pazienti che si trovano ad affrontare il primo esordio psicotico, ma anche pazienti già conosciuti nell'ambito psichiatrico per la loro patologia. L'accoglienza di questa differente tipologia di casistica potrebbe avvenire dal momento in cui i reparti della struttura sono colmi di pazienti, per cui poi capita che vengano indirizzati verso un altro reparto. La psicoeducazione

all'interno di questo reparto è vista e utilizzata come attività che offre possibilità, attraverso schede specifiche, di trattare temi a volte complicati e significativi che possono riguardare la terapia farmacologica, la patologia psichiatrica, i sintomi e molti altri argomenti. Gli incontri vengono utilizzati come spazio di socializzazione e riflessione, attraverso scambi di idee, assenza di giudizio e disapprovazione, un modo per rendere consapevole il paziente del suo stato di salute. L'intervento si compone di due incontri, svolti due volte alla settimana, nel primo partecipa il medico, mentre nel secondo uno psicologo, entrambi precludono la presenza di un infermiere di reparto.

Le modalità di intervento psicoeducativo attuate in reparto prendono spunto dal modello di Falloon (1992) e da quello delle Fiches Losanna TIPPS (*Traitement et intervention Précoce dans les troubles psychotiques*) per la psicoeducazione attraverso cartelle dettagliate e riassuntive.

Il *metodo psicoeducativo integrato di Falloon* (1992) prevede l'istruzione del paziente a sviluppare in modo adeguato competenze comunicative e di strategie utili per la risoluzione dei problemi, l'utilizzo di modalità efficaci per reagire a bisogni specifici, l'esaminazione delle risorse e dei punti deboli della famiglia definendo obiettivi condivisi per ciascun membro e favorire l'informazione riguardante la malattia psichiatrica e la terapia correlata. Altre due caratteristiche essenziali includono: l'inserimento dell'intervento psicoeducativo nell'approccio riabilitativo e farmacologico e il riconoscimento dei segnali di crisi precocemente, in modo da poter arrestare velocemente lo sviluppo (Falloon, 1992).

L'obiettivo del metodo è il potenziamento delle abilità della famiglia di relazionarsi adeguatamente e affrontare insieme e costruttivamente i problemi che si presentano (Falloon, 1992). L'importante è coinvolgere i membri della famiglia, cercando di far raggiungere gli obiettivi prefissati, ma in particolare sostenere anche il singolo componente per il perseguimento degli scopi personali (Falloon, 1992). Con il termine "famiglia" non si intendono solamente i soggetti legati da un rapporto di parentela, bensì anche i soggetti che convivono col paziente, premettendo che essi siano preparati a partecipare all'intervento e siano d'accordo nel perseguire obiettivi condivisi con l'utente (Falloon, 1992).

Nel reparto Adorna 4, di questo metodo di Falloon (2022), vengono utilizzate alcune schede e usati alcuni metodi. Solitamente queste vengono compilate individualmente col paziente, col sostegno di un operatore, e si distinguono in: *segni precoci di crisi e problem solving* (Falloon, 1992).

Scheda dei Segni Precoci di Crisi. Molti soggetti rispondono agli eventi stressanti con manifestazioni particolari come disturbi legati al sonno, all'alimentazione, sofferenze muscolari, isolamento sociale e irritabilità; questi segni sono indipendenti rispetto alla vulnerabilità posseduta dal soggetto (Falloon, 1992). Inoltre, possono essere prodromi di disturbi percettivi, comportamentali o legati all'umore (Falloon, 1992). Riuscire a identificare i segnali che precedono una crisi offre l'opportunità al soggetto di farsi aiutare rapidamente e influire positivamente sul decorso della sua patologia (Falloon, 1992). Il tempo che intercorre tra la sintomatologia aspecifica elencata in precedenza e la manifestazione del disturbo può variare da alcune ore, se il soggetto mostra sintomi subacuti, oppure diversi mesi (Falloon, 1992). Individuando il peggioramento si può agire precocemente cercando di fermare o comunque diminuire il grado di severità (Falloon, 1992). Durante la fase informativa vengono offerte indicazioni riguardanti la patologia e in particolare la terapia farmacologica e le diverse manifestazioni che essa comporta,

argomenti ritenuti importanti dall'utente e dal suo entourage, in quanto creano situazioni di disabilità, influenzando negativamente la vita quotidiana e le relazioni sociali (Falloon, 1992). Un altro argomento che viene trattato in questo stadio di intervento, riguarda appunto i segnali precoci di crisi (Falloon, 1992). Solitamente nella fase citata, si attuano due incontri: nel primo si parla della sintomatologia, nel secondo si discute della terapia farmacologica e dell'identificazione dei segnali precoci di crisi (Falloon, 1992). L'*outcome* delle patologie psichiatriche è ottimizzato dal momento in cui gli eventi ricchi di difficoltà che causano crisi vengono gestiti velocemente (Falloon, 1992). Per diminuire le ripercussioni scaturite da fattori stressanti, si è notata l'efficacia di utilizzare due tipologie di intervento che includono: un metodo adeguato di gestire lo stress e il trattamento farmacologico (Falloon, 1992). Nel caso in cui il paziente riesca a usufruire di questi interventi correttamente e includere l'individuazione dei segnali prematuri, si potrebbe anticipare l'evento di crisi (Falloon, 1992).

Al termine della fase informativa viene compilata la *Scheda dei Segni Precoci di Crisi*, che contiene i seguenti elementi (Falloon, 1992):

- Nome del paziente;
- Spiegazione di 1-3 segni precoci di crisi;
- Cosa fare nel caso in cui si presenti uno di questi segnali;
- Nome e numero di telefono del medico curante e del *caregiver* che decide di attribuirsi la responsabilità;
- Nome del soggetto a cui indirizzarsi nel caso di dubbi o necessità di avere delucidazioni (di solito si contatta il conduttore dell'intervento).

Si consiglia al paziente di portare la scheda sempre con sé, essa viene redatta con il sostegno dei membri dell'incontro, di solito una copia viene recapitata al medico e al familiare di riferimento (Falloon, 1992).

Problem Solving. Il principio cardine del metodo integrato è rappresentato dall'abilità di chiarire elementi problematici attraverso la cooperazione (Falloon, 1992). Questo intervento può essere impiegato per la realizzazione di uno scopo oppure per affrontare problemi (Falloon, 1992). Solitamente è composto da sei fasi (Falloon, 1992):

- Chiarire l'obiettivo o il problema;
- Esporre eventuali soluzioni;
- Esaminare le possibilità;
- Individuare la decisione migliore;
- Stilare un progetto per metterla in pratica;
- Analizzare i miglioramenti sviluppati e raggiunti.

Per facilitare l'attività vengono offerti dei fogli dove vengono elencate le sei fasi, si consiglia di tenerli e conservarli per riuscire a identificare velocemente le modalità che si sono utilizzate per la risoluzione di un problema, utilizzando quella maggiormente efficace (Falloon, 1992). I benefici del metodo descritto in precedenza possono essere: l'individuare problematiche/obiettivi in modo semplice e chiaro per ogni soggetto, incoraggiare ogni membro a esporre opinioni differenti, si considerare risorse e necessità nella formulazione degli accordi, valutare la presenza di eventuali problematiche pratiche durante lo svolgimento delle soluzioni, e suddividere i compiti (Falloon, 1992).

Questo intervento può indirizzarsi verso situazioni differenti, di gruppo o individuali, che considerano difficoltà quotidiane relativamente semplici oppure problematiche più importanti o eventi di crisi severe (Falloon, 1992). L'obiettivo dell'attività è quello di far

sviluppare agli utenti un modello adeguato della risoluzione dei problemi, utilizzabile e integrato nella vita quotidiana (Falloon, 1992). Infatti, il professionista invita i soggetti a individuare un problema che poi verrà trattato all'interno di uno spazio di tempo di 15-20 minuti, con lo scopo di porre l'attenzione dei pazienti sulla metodologia impiegata, anziché sulla tematica trattata (Falloon, 1992). Questa tecnica viene integrata anche nel corso dell'intervento psicoeducativo con le *Fiches Losanna TIPPS*, che illustrerò di seguito.

L'altro metodo utilizzato in Adorna 4 prevede l'utilizzo delle *Fiches Losanna TIPPS per la psicoeducazione*, schede che affrontano temi differenti essenziali e complicati che riguardano la patologia. I concetti vertono sul trattamento, l'abuso di cannabis, la sintomatologia e il percorso di guarigione. Anche se le informazioni offerte ai pazienti sono complete e ritenute efficaci dal nostro punto di vista per la spiegazione della psicosi, allo stesso modo potrebbero essere avvertite come incomprensibili o inverosimili (Favrod et al., 2011). Questo potrebbe verificarsi nel caso in cui l'esposizione sia ricca di parole troppo scientifiche, se il medico non tiene in considerazione il vissuto personale dell'utente oppure se le informazioni offerte sono eccessivamente drammatiche o restringenti (Favrod et al., 2011). I soggetti potrebbero respingere le indicazioni per difendere la propria autostima. L'obiettivo sarà quindi quello di riuscire a fornire al paziente della psicoeducazione attraverso un'esposizione che sostiene e aiuta l'interessato a gestire e fronteggiare meglio i suoi vissuti (Favrod et al., 2011). Il programma di psicoeducazione è caratterizzato da quattro modelli: sintomi psicotici, cannabis e psicosi, psicosi e farmaci e psicosi e guarigione (Favrod et al., 2011). Ogni modello contiene a sua volta un fascicolo composto da 9-11 carte, dove ciascuna di queste racchiude un titolo esplicativo, considerato fondamentale per la psicoeducazione e un disegno (Favrod et al., 2011).

L'intervento viene svolto con pazienti che hanno superato la crisi psicotica e hanno recuperato piuttosto bene (Favrod et al., 2011). Gli incontri si svolgono una volta alla settimana per la durata di 45 minuti circa, premettendo che vi sia la creazione di un ambiente confortevole per i partecipanti (Favrod et al., 2011). Vi è la partecipazione di un medico psichiatra e un infermiere che dirigono l'intervento (Favrod et al., 2011). Ogni incontro si condensa su uno dei quattro temi citati in precedenza (Favrod et al., 2011). Inizialmente viene esposto lo scopo degli incontri e vengono presentati i nuovi membri del gruppo, qualora ci fossero; in seguito ogni partecipante riceve un fascicolo comprendente diverse carte (Favrod et al., 2011). Ciascuno, dopo qualche minuto, è tenuto a scegliere una/due carte; il conduttore dell'intervento farà delle domande a ogni membro del gruppo sul perché si è scelta una determinata carta, cercando in questo modo di stimolare il dibattito (Favrod et al., 2011). I leader hanno il compito di semplificare il confronto attraverso l'apporto aggiuntivo di informazioni più chiare oppure rispondendo a eventuali quesiti esposti dai partecipanti (Favrod et al., 2011). Una soluzione potrebbe anche prevedere risposte da parte dei partecipanti stessi, rispetto a come hanno gestito loro una determinata problematica, portando così esperienze soggettive che potrebbero risultare costruttive per gli altri (Favrod et al., 2011).

5. Metodologia della ricerca: la revisione della letteratura

La metodologia che ho deciso di utilizzare per la realizzazione del mio lavoro è la revisione della letteratura. Ho scelto questa tecnica in quanto penso sia di maggiore utilità per lo studio e l'analisi degli argomenti scelti come tema del progetto.

Con il termine *revisione della letteratura* si intende un riassunto delle evidenze scientifiche, in relazione ad un quesito di ricerca, che prevede l'indagine di fonti primarie (Polit & Beck, 2014). Questo metodo offre la possibilità di accrescere le evidenze ricercate, al fine di revisionare e arricchire il proprio sapere e le lacune di conoscenza ("*knowledge gap*") (Polit & Beck, 2014). Questa metodologia promuove, in campo sanitario, un'opportunità essenziale, in quanto permette di sviluppare un testo aggiornato che tratta di un tema specifico (Saiani & Brugnolli, 2010). Le revisioni della letteratura vengono anche definite come "pubblicazioni secondarie", perché chi le compone ricerca e prende in considerazione studi specifici e di conseguenza ne ricava dati che poi andranno riassunti e discussi (Saiani & Brugnolli, 2010). La *revisione narrativa* prende in considerazione un argomento ampio, di cui possiamo ricercare e scovare diversi aspetti e nozioni e avere molte risposte (Chiari et al., 2006). Questo tipo di ricerca, infatti, si potrebbe paragonare a un libro anziché ad un'analisi scientifica (Chiari et al., 2006). È importante però, differenziarla dalla revisione sistematica della letteratura, essa infatti offre una risposta a una domanda molto più precisa e ristretta, che si articola su quattro punti (PICO), descritti più avanti.

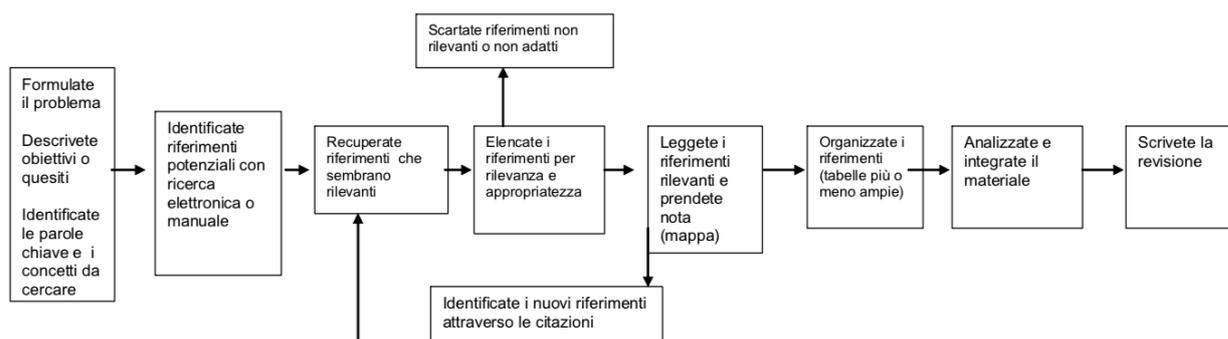
Un altro elemento che differenzia le due tipologie di revisione è che in quella sistematica rispondiamo, come visto in precedenza, a un quesito di carattere scientifico e sviluppato in relazione a regole ben precise; mentre, nella tradizionale non si segue uno schema prestabilito, dunque i risultati possono variare a seguito dell'influenza data dagli autori (Chiari et al., 2006). Questo fa sì che le revisioni sistematiche vengano definite come letteratura secondaria e vengono redatte attraverso l'utilizzo di studi primari; al contrario, quelle tradizionali, si fondano su idee degli autori e vengono, perciò, incluse nella letteratura terziaria (Chiari et al., 2006). Nel corso degli ultimi dieci anni, il modello dell'*Evidence Based Practice* (EBP), ha proposto ai professionisti della salute di porre particolare attenzione alle revisioni narrative, perché spesso, al loro interno, si percepisce una difficoltà nel differenziare le opinioni rispetto le evidenze (Saiani & Brugnolli, 2010). Successivamente ha utilizzato e maturato le revisioni sistematiche, descritte in precedenza e di seguito (Saiani & Brugnolli, 2010). Prima di proseguire, vorrei definire il concetto di EBP: esso prevede l'impiego, da parte degli operatori sanitari, delle migliori evidenze, legate all'assistenza e alla salute, per sviluppare una presa decisionale per il singolo utente che possa essere efficace e adeguata (McKibbin, 1998).

Per questo lavoro di Tesi, come già detto in precedenza, ho deciso di utilizzare il metodo della revisione sistematica della letteratura. Quest'ultima deve seguire delle linee guida per la ricerca, tra cui troviamo in ordine: la descrizione della domanda di ricerca, il criterio e il piano per la ricerca, la definizione dei criteri di inclusione ed esclusione dei diversi studi, l'esaminazione della loro qualità, la scelta dei dati che poi successivamente andranno analizzati e valutati (Chiari et al., 2006). Per aiutarmi nella formulazione della domanda di ricerca ho deciso di utilizzare il PICO. Questo è uno strumento impiegato per confutare e focalizzare un quesito clinico, all'interno di una ricerca che si fonda sull'evidenza nella letteratura, riguardante una determinata problematica che colpisce il paziente (Roever, 2018). Questo schema si struttura con l'acronimo citato in precedenza, in cui la P sta per paziente/popolazione, la I di intervento/indicatore, la C di confronto/controllo e la O di *outcome* (Roever, 2018).

Elaborare una domanda ben strutturata è importante in qualsiasi progetto di ricerca che si basa su evidenze scientifiche e per la stesura di una revisione sistematica (Chiari et al., 2006). A seguito di ciò, la ricerca degli studi e la metodologia utilizzata per attuarla è

fondamentale per l'EBP, ragion per cui viene consigliato l'utilizzo, per la loro efficacia, delle banche dati scientifiche (Polit & Beck, 2014). In questa fase, si devono scegliere le parole chiave da abbinare, formando il *search string*, e da inserire all'interno del motore di ricerca; queste voci dovrebbero racchiudere il significato e i temi principali della domanda di ricerca (Polit & Beck, 2014). L'abbinamento delle parole chiave avviene attraverso l'utilizzo di operatori booleani tra i quali troviamo: *AND*, che limita la ricerca ai riferimenti che includono le parole chiave; *OR*, il quale amplia la ricerca e *NOT*, il quale permette di escludere quegli articoli dove al loro interno è presente la parola chiave specificata (Cronin et al., 2008). Una volta inserito il *search string* nella banca dati si ottengono una serie di articoli; si procede quindi alla selezione degli articoli che più si ritengono adeguati alla revisione sistematica, i quali andranno poi analizzati rispetto al loro accesso e alla loro affinità (Polit & Beck, 2014). A seguito di una lettura critica degli studi, le informazioni estrapolate da questi ultimi dovrebbero venire riassunte ed esaminate all'interno di una tabella (Polit & Beck, 2014). La tabella permette una visione istantanea e sintetica degli articoli, permettendo una maggiore facilità nel valutare la loro congruenza legata alla domanda di ricerca (Polit & Beck, 2014). Questo permetterà, infine, un'analisi dei risultati e la discussione degli stessi (Polit & Beck, 2014). Il seguente schema riassume le tappe principali di una revisione sistematica della letteratura.

Figura 2. Flusso delle tappe di una revisione della letteratura (Polit & Beck, 2014).



Nella revisione di letteratura del mio lavoro di Tesi ho voluto appurare l'efficacia della psicoeducazione rivolta ai pazienti affetti da schizofrenia. Di seguito verranno definiti la domanda di ricerca e il PICO.

5.1. Formulazione della domanda di ricerca relativa al problema/tema identificato utilizzando il metodo PICO:

Di seguito ho riportato la tabella che include il metodo PICO elaborato da me in relazione alla tematica scelta per questo lavoro di Tesi:

Tabella 3. Formulazione PICO.

P	Pazienti adulti, di età 18 – 65 anni, affetti da schizofrenia
I	Intervento psicoeducativo in ambito riabilitativo

C	Nessun intervento di controllo o altro intervento
O	Migliorare lo stato globale del paziente affetto da schizofrenia, con effetto positivo su ospedalizzazioni, qualità di vita e funzionamento sociale. Mantenere una condizione di stabilità nel tempo migliorando l'aderenza farmacologica e la conoscenza della patologia.

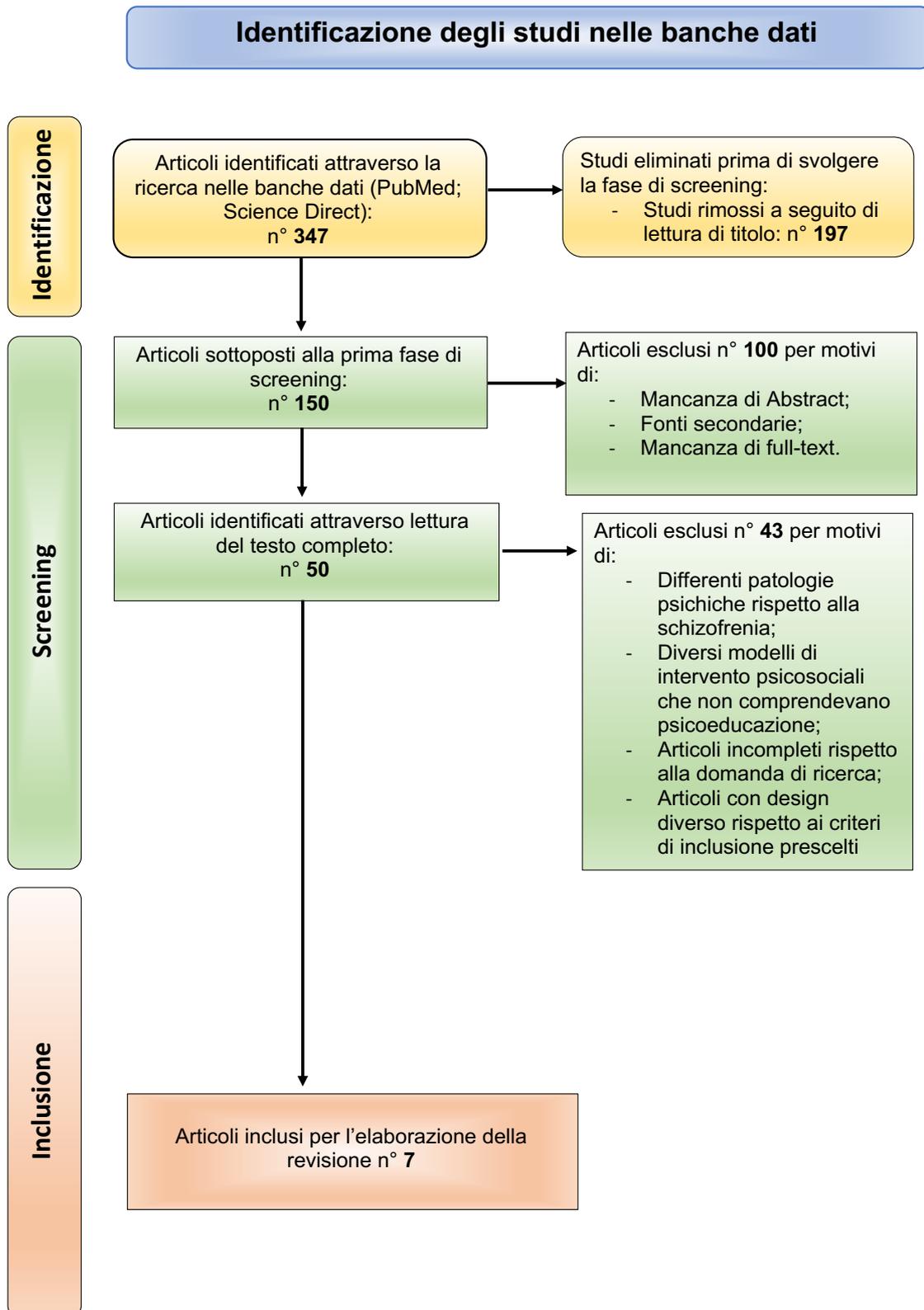
La domanda di ricerca elaborata rispetto al tema scelto è la seguente:

“La psicoeducazione, applicata ai pazienti affetti da schizofrenia nel contesto riabilitativo in seguito a scompenso psicotico, è efficace per migliorare la qualità di vita, il benessere generale, la conoscenza della patologia e l'aderenza farmacologica, nonché per diminuire i tassi di ospedalizzazione?”

5.2. Modalità di ricerca

Di seguito, riporterò il diagramma di flusso della revisione sistematica che ho svolto, così da avere una visione globale e veloce del percorso intrapreso.

Figura 3. Flusso delle tappe della revisione sistematica di letteratura



Questo diagramma riporta le mie strategie utilizzate per la ricerca degli articoli e comprendono, innanzitutto, la scelta delle banche dati, nel mio caso sono state utilizzate *PubMed* ed *ScienceDirect*. Ho scelto queste due in particolare, ma ho comunque provato a svolgere la ricerca utilizzando altre banche dati, con risultati inefficaci, in quanto non trovavo ciò che mi interessava per rispondere alla mia domanda di ricerca. In seguito, ho inserito all'interno dei database le seguenti stringhe di ricerca: "*Psychoeducation AND schizophrenia AND adherence*"; "*Schizophrenia AND individual psychoeducation AND interventions NOT family NOT caregivers*"; "*Psychoeducation AND schizophrenia AND film*"; "*Individual psychoeducation AND schizophrenia AND efficacy*". Grazie a queste stringhe di ricerca, ho potuto trovare inizialmente un totale di 347 articoli, in entrambe le banche dati citate in precedenza. Di questi ne ho eliminati 197 a causa dell'incongruenza rispetto al titolo dell'articolo; facendo così ho potuto proseguire con la fase di *screening*, dove inizialmente sono stati analizzati 150 articoli. Di questi ne ho esclusi 100 per mancanza di *abstract* e *full-text* e perché risultavano essere fonti secondarie. Gli articoli analizzati attraverso la lettura del testo completo sono stati 50 in totale, ma di questi, 43 sono stati eliminati, perché non hanno soddisfatto i criteri di inclusione e di esclusione scelti per il lavoro di Tesi. In conclusione, gli articoli inclusi per l'elaborazione della revisione sono 7, i quali includono due studi quasi sperimentali, uno studio clinico retrospettivo di tipo quasi sperimentale, tre studi clinici controllati randomizzati e uno studio pilota. A seguito di questo ho analizzato gli articoli e verificato la loro adeguatezza attraverso uno strumento valutativo, individuato attraverso l'articolo di Zangaro e Soeken (2007), i quali hanno esaminato criticamente il loro studio utilizzando una scala di valutazione qualitativa. Per questo motivo ho ritenuto importante valutare l'adeguatezza degli articoli ricercati usufruendo di questo metodo. La scala è composta da 10 *items*, ognuno equivale a un punto. Ad ogni domanda si dovrà rispondere con due possibili scelte, una affermativa con "sì" e l'altra negativa con "no", in base all'articolo esaminato e alle sue caratteristiche. L'ultima domanda necessita di una risposta differente rispetto alle altre, in quanto essa confuta il risultato dei quesiti precedenti; si dovrà rispondere quindi rispettando le seguenti diciture: "bassa" corrisponde a quattro risposte positive, "moderata" corrisponde a 5-7 risposte affermative e "alta" corrisponde a 8-9 risposte positive; per ciascun articolo. La scala è composta dalle seguenti voci:

1. Research question(s) clearly stated;
2. Participants in sample were described;
3. Type of facility where study was conducted was stated;
4. Method of data collection was described;
5. Response rate was provided;
6. Operational definition of the outcome variable was clearly stated;
7. Instrument used to measure job satisfaction was described or identified;
8. Other instruments used to measure concepts were described or identified;
9. Sample reliability for the job satisfaction instrument was provided;
10. Overall study quality rating.

Per la valutazione del mio lavoro di revisione di letteratura, non sono necessari i punti della scala 7 e 9, in quanto Zangaro e Soeken (2007) li valutano appositamente per il loro studio dunque per l'esaminazione della qualità del mio elaborato non sono utili. Di seguito, quindi, identificherò gli otto quesiti che utilizzerò, tradotti in italiano. Successivamente andrò a sviluppare una tabella che possa racchiudere schematicamente i sette articoli scelti.

Gli otto *items* sono i seguenti:

1. Domanda di ricerca esposta in modo chiaro;
2. I soggetti facenti parte del campione sono stati descritti;
3. La tipologia di struttura in cui si svolge lo studio è stata esplicitata;
4. Il metodo di raccolta dei dati è stato descritto;
5. Il tasso di risposta è presente;
6. È stata chiaramente esposta la definizione operativa della variabile di risultato;
7. Gli strumenti di intervento per definire i concetti sono stati individuati;
8. Valutazione generale dello studio.

Tabella 4. *Scala di valutazione per la revisione della letteratura.*

		<i>ITEMS</i>							
		1	2	3	4	5	6	7	8
<i>ARTICOLI</i>	<i>Chabannes et al., 2008</i>	no	si	no	si	si	si	si	5/7
	<i>Chan et al., 2007</i>	no	si	si	si	si	si	si	6/7
	<i>Matsuda & Kohno, 2016</i>	no	si	si	si	si	si	si	6/7
	<i>Sauvanaud et al., 2017</i>	no	si	no	si	si	si	si	5/7
	<i>von Maffei et al., 2015</i>	no	si	si	si	si	si	si	6/7
	<i>Vreeland et al., 2006</i>	no	si	si	si	si	si	si	6/7
	<i>Yanagida et al., 2017</i>	no	si	si	si	si	si	si	6/7

Grazie alla valutazione svolta si può osservare che il primo criterio non è soddisfatto da nessun articolo. Questo richiedeva la presenza di una domanda di ricerca esposta chiaramente, parametro mancante, ma percepibile attraverso la lettura dell'articolo nella sua completezza. Nessun articolo ha raggiunto il massimo dei punteggi, due studi hanno raggiunto un valore pari a 5/7. Questo non ha compromesso la stesura dell'elaborato, ho ritenuto che a dipendenza da ciò gli articoli fossero comunque adeguati e sufficientemente validi per l'analisi.

Tabella 5. Criteri di inclusione ed esclusione.

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
<ul style="list-style-type: none">- Popolazione: pazienti giovani adulti di età compresa tra i 18-65 anni, senza differenze etniche, uomini e donne, affetti da schizofrenia.- Lingua: inglese, italiano, francese;- Limite temporale: ultimi sedici anni (2016-2022);- Design: studi randomizzati controllati, studi pilota, studi quasi sperimentali;- Disponibilità di full text;- Articoli che argomentano la psicoeducazione individuale o di gruppo.	<ul style="list-style-type: none">- Articoli a pagamento;- Pazienti di età inferiore ai 18 anni e superiore ai 65, affetti da schizofrenia;- Studi che argomentano la psicoeducazione familiare;- Revisioni di letteratura.

6. Revisione della letteratura

6.1. Risultati della ricerca

Conclusa la parte che descrive brevemente le modalità usate per la selezione degli articoli della revisione di letteratura, posso ora analizzare quanto indagato. Questo capitolo, infatti, sarà dedicato alla spiegazione e descrizione degli studi scientifici ricercati e dei medesimi risultati. Questi ultimi, si concentrano, in tutti gli articoli, sull'efficacia della psicoeducazione rivolta al paziente come intervento per il trattamento della schizofrenia, integrata alla terapia farmacologica. Gli articoli consigliano diverse modalità di intervento per migliorare la situazione bio-psico-socio-famigliare del paziente.

All'interno della sezione allegati (allegato 1), ci saranno le tabelle 6 e 7 riassuntive che comprendono gli articoli selezionati per l'elaborazione della revisione di letteratura.

Questo capitolo comprende la descrizione e la sintesi narrativa dei sette articoli selezionati per l'elaborazione della revisione della letteratura.

Articolo di Yanagida et al., 2017

Il primo studio ha un design quasi sperimentale con valutazione pre e post-intervento, è stato svolto in Giappone, luogo in cui la difficoltà maggiore che si riscontra nell'assistenza psichiatrica, si evidenzia nella lunga durata del ricovero rispetto ad altri Paesi (nel 2011, circa di 300 giorni di degenza). Ciò scaturisce problematiche riguardanti soprattutto la *compliance* farmacologica post-degenza. L'obiettivo dello studio era quello di valutare

l'efficacia di un intervento psicoeducativo in relazione a un miglioramento dell'aderenza farmacologica.

I soggetti che hanno partecipato erano in totale 70 (età media 55 anni), affetti da schizofrenia o disturbo schizoaffettivo e ricoverati da almeno un anno. Sono stati suddivisi in 6-12 membri per gruppo, i quali svolgevano un incontro di psicoeducazione una volta alla settimana all'interno di un ambiente confortevole e sicuro. È stato utilizzato un libro di testo standard per la psicoeducazione in Giappone. Le sessioni totali erano sei e i temi trattati sono stati: panoramica dell'intervento psicoeducativo; patologia e sintomi; effetti dei farmaci; effetti collaterali dei farmaci; riduzione delle ricadute; revisione, ossia un riassunto dei precedenti cinque incontri. Il gruppo è stato guidato da diverse figure professionali tra cui: infermieri, psicologi e terapisti occupazionali.

Gli aspetti utilizzati per la valutazione pre e post-intervento comprendevano le conoscenze possedute dal paziente, la sua anamnesi e caratteristiche cliniche recuperate attraverso l'analisi della cartella clinica. Inoltre, sono stati valutati i punteggi di alcune scale tra le quali troviamo: la *Global Assessment of Functioning* (GAF), per valutare la salute mentale globale in relazione alla sintomatologia e al comportamento; il *Drug Attitude Inventory-10* (DAI-10), per valutare la relazione tra paziente e terapia farmacologica; il *Knowledge of Illness and Drugs Inventory* (KIDI), un questionario auto compilato che valuta la conoscenza della patologia e dei farmaci, e, infine, i valori di equivalenza della clorpromazina (CP), definiti in relazione alla quantità di farmaci assunti (Yanagida et al., 2017). I punteggi di GAF, DAI-10 e KIDI, congiuntamente ai valori di equivalenza della clorpromazina (CP) sono stati analizzati una settimana pre e post-intervento psicoeducativo.

I risultati rispetto a una valutazione pre e post-intervento psicoeducativo hanno riportato dei valori non significativi e alcuna differenza per il valore di equivalenza CP ($p=0.326$) e il punteggio GAF ($p=0.91$). I valori statisticamente significativi risultano essere legati al punteggio globale del questionario KIDI ($p=0.001$) e DAI-10 ($p=0.043$). Nel KIDI si evidenzia un particolare miglioramento significativo nelle sottovoci: "Conoscenza degli effetti dei tranquillanti" ($p=0.029$), "Conoscenza dell'uso continuato di tranquillanti" ($p=0.046$) e "Conoscenza delle infezioni" ($p=0.018$). Nelle sottovoci del DAI-10 si è notato un aumento positivo, statisticamente significativo per tutti i pazienti coinvolti nei seguenti elementi: "Valutazione positiva degli effetti dei farmaci" ($p=0.029$), "Valutazione negativa della prosecuzione della terapia" ($p=0.028$) e "Valutazione positiva del comfort di assunzione di farmaci" ($p=0.025$).

I pazienti ricoverati a lungo termine, classificati in questo modo perché ricoverati per più di dieci anni, erano complessivamente 34 (età media 58,91) e sono stati analizzati separatamente dal resto. Nel loro caso i risultati riportano un punteggio del KIDI globale statisticamente significativo ($p=0.04$); parallelamente il punteggio DAI-10 non ha evidenziato alcuna differenza significativa ($p=0.263$). Rispettivamente però nella sottovoce del KIDI "Conoscenza degli effetti collaterali" ($p=0.039$) e nella sottovoce del DAI-10 "Comfort positivo nell'assunzione di farmaci" ($p=0.004$) è scaturito un miglioramento significativo.

Questo studio ha dimostrato l'efficacia di un intervento di psicoeducazione rivolta a pazienti ricoverati a lungo termine affetti da schizofrenia e disturbo schizoaffettivo, in determinate aree che concernono la conoscenza farmacologica e il suo controllo da parte del paziente. Il miglioramento di questo è riconducibile all'acquisizione di maggiore consapevolezza dei pazienti rispetto all'azione della terapia farmacologica e ai suoi benefici. Non ci sono stati miglioramenti rispetto al riconoscimento dei sintomi, questo può essere legato al fatto che nello studio descritto questi non vengono valutati e quindi vi è l'impossibilità di valutare questo aspetto. È importante considerare che per un

efficace percorso terapeutico la psicoeducazione dovrebbe essere proposto anche dopo la dimissione per assicurare una stabilità. Concludendo si evince quanto la psicoeducazione sia fondamentale per promuovere la dimissione e conservare un equilibrio nella fase successiva, per pazienti ricoverati a lungo termine.

Articolo di Sauvanud et al., 2017

Il secondo articolo descrive uno studio clinico retrospettivo, di tipo quasi sperimentale pre/post-intervento condotto in Francia, si concentra sulla valutazione dell'efficacia di un nuovo programma psicoeducativo, l'*Éducation Thérapique* (ETP). Gli autori hanno voluto verificarne l'influenza sulla qualità di vita soggettiva e oggettiva nei pazienti affetti da schizofrenia in relazione all'aderenza alla terapia.

Nello studio sono stati inclusi 14 pazienti reclutati in regime volontario con diagnosi di schizofrenia, età superiore ai 18 anni e nella fase stabile della patologia. Il gruppo era formato da 3 a 6 partecipanti. L'ETP era composta da 15 sedute settimanali della durata di un'ora e mezza ciascuna, svolte nell'arco di otto mesi. I conduttori degli incontri erano un infermiere e un'altra figura professionale come lo psichiatra o lo psicologo. I temi esposti e discussi nel corso degli incontri erano i seguenti: malattia schizofrenica, terapia farmacologica, norme sociali, funzionamento ed effetti sulla società e nel contesto familiare e amicale, controllo dei fattori stressanti, dipendenze; un incontro poteva essere svolto attraverso la scelta di un argomento selezionato dai partecipanti; infine un ultimo incontro di revisione, riassuntivo. Il programma prevedeva l'esecuzione di due colloqui, il primo è individuale e viene svolto nel mese che precede l'intervento. È gestito da operatori istruiti e durante questo momento il paziente ha la possibilità di essere partecipe e collaborativo rispetto alla creazione di un progetto di cura individualizzato e redigere i questionari necessari per la valutazione dell'intervento, descritti di seguito. Il secondo incontro, anch'esso individuale, è stato effettuato un mese dopo l'ETP, con il fine di revisionare il progetto curativo e compilare i questionari. Durante lo svolgimento dell'attività sono stati garantiti, a seconda delle necessità, incontri a livello infermieristico per i pazienti.

I documenti utilizzati per valutare l'efficacia del pre/post-intervento erano i seguenti: la scala GAF per misurare la qualità oggettiva della vita, redatta in modo retrospettivo da un soggetto esterno al trattamento e al *follow up* dell'utente attraverso dati ricavati dalle cartelle cliniche. Un altro documento impiegato per l'analisi è l'auto questionario *Subjective Quality of Life* (S-QoL), caratterizzato da items inerenti ad aspetti della qualità soggettiva della vita ("Benessere psicologico", "Autostima", "Relazioni familiari", "Amicizia", "Resilienza", "Benessere fisico", "Autonomia e vita sentimentale"). Altri due questionari sono stati utilizzati per la valutazione tra cui l'auto questionario *Insight Questionnaire 8* (IQ8), per valutare l'*insight*, ossia la consapevolezza in possesso dal paziente rispetto la sua malattia, e la *Medication Adherence Rating Scale* (MARS), per valutare la *compliance* alla terapia farmacologica.

I risultati dello studio riferiscono una complessiva soddisfazione in relazione alla partecipazione al programma. Il punteggio GAF dopo il programma ha subito un miglioramento significativo ($p=0.008$). Mentre, il punteggio relativo all'autoquestionario IQ8 ha riportato risultati non significativi ($p=0.36$). Per quanto riguarda le sottoscale del questionario S-QoL, si è verificato un aumento significativo per la voce "*Benessere psicologico*" ($p=0.03$), mentre per le altre c'è stato un miglioramento, ma non statisticamente significativo. Per la scala MARS vi è stato un incremento statisticamente significativo a seguito dell'ETP ($p=0.03$). A confronto troviamo la scala IQ8 la quale

presenta un modesto incremento della consapevolezza, ma comunque non significativo ($p=1$).

Questo studio ha dimostrato che il nuovo programma di psicoeducazione, ossia l'ETP, è efficace per i pazienti affetti da schizofrenia sotto molti aspetti, tra cui: l'aumento dell'aderenza alla terapia farmacologica, benefici a livello della qualità di vita oggettiva e aumento del benessere psicologico, inoltre i partecipanti hanno riportato anche una forte soddisfazione e motivazione a continuare il programma psicoeducativo.

Articolo di Matsuda & Kohno, 2016

Lo studio di Matsuda & Kohno (2016), è uno studio giapponese quasi sperimentale che include un campione di convenienza e un gruppo di controllo non uguale, con valutazione pre/post-test. Propone di dimostrare l'efficacia di un programma di psicoeducazione infermieristica definito come *Nursing Psychoeducation Program* (NPE), per potenziare la compliance alla terapia farmacologica, la conoscenza sulla malattia e gl'influenza dei farmaci su quest'ultima, nei pazienti affetti da schizofrenia.

Il gruppo sperimentale ha partecipato alla NPE e al gruppo di controllo è stata somministrata il trattamento standard per la schizofrenia. Questo ha arruolato un totale di 56 pazienti, 31 collocati nel gruppo sperimentale mentre 25 nel gruppo di controllo, affetti da patologia schizofrenica. L'NPE è un intervento composto da quattro incontri in cui vengono discussi i seguenti argomenti: sintomatologia, correlazione tra psicosi e stress, effetti della terapia farmacologica anche indesiderati e convivenza con la malattia all'interno della società. Viene utilizzato un libro standard per la psicoeducazione in Giappone. Le sedute avvenivano nell'arco della settimana, una volta per 60-90 minuti, per un totale di quattro sedute. La gestione del gruppo era affidata a due infermieri psichiatrici, i quali stimolavano la discussione tra gli utenti. Gli operatori sono stati istruiti rispetto al programma NPE prima dell'intervento.

I dati sono stati raccolti prima e dopo il test, pertanto le caratteristiche dei pazienti sono state selezionate prima dell'inizio del programma, a parte gli elementi riguardanti i farmaci antipsicotici, recuperati attraverso le cartelle cliniche e i valori della GAF, compilata da un infermiere. Gli altri strumenti utilizzati per valutare l'efficacia del programma pre/post-intervento comprendevano i seguenti: la *Medication Perception Scale for Patients with Schizophrenia* (MPS), per valutare la comprensione e accettazione della malattia e il bisogno di assumere farmaci, che comprende 3 macro-aree (efficacia dei farmaci, preoccupazioni per gli effetti indesiderati e paura di interrompere la terapia); il DAI-10 e il KIDI.

L'influenza reciproca tra gruppo e tempo ha influito significativamente su alcuni elementi tra cui: il punteggio totale di MPS ($p<0.01$), il punteggio della voce "Efficacia del farmaco" ($p<0.01$), il punteggio totale del DAI-10 ($p<0.01$). Non si è presentato un effetto significativo nella voce "Preoccupazioni per gli effetti indesiderati" nella scala MPS. I punteggi della scala KIDI totale ($p \leq 0.01$) e della voce "Conoscenza dei farmaci" ($p \leq 0.01$) sono stati influenzati significativamente dalla variabile tempo, ma non dall'interazione gruppo x tempo.

È stato dimostrato che l'NPE è efficace per ottimizzare l'aderenza farmacologica nei pazienti affetti da schizofrenia, ma non ha potenziato la loro conoscenza rispetto la patologia e gli effetti ai farmaci.

Articolo di von Maffei et al., 2015

Il quarto articolo esaminato riguarda uno studio pilota quasi sperimentale, pre/post-intervento, condotto in Germania, di von Maffei et al. (2015). L'obiettivo principale era quello di sperimentare un nuovo metodo, poco oneroso per i pazienti affetti da schizofrenia, che rientra nell'approccio psicoeducativo. L'attuazione di ciò volge a permettere di diminuire le ricadute nei pazienti schizofrenici, molto comuni e spesso correlato a una mancata aderenza farmacologica.

Il programma di psicoeducazione era caratterizzato dall'utilizzo di sei film della durata di 17 minuti cadauno, suddivisi in cicli di due settimane. Essi trattavano argomenti diversi e sono stati visionati nel seguente ordine: sintomatologia schizofrenica, terapia e diagnosi, cause della patologia, effetti dei farmaci ed effetti indesiderati, segnali precoci e rischiosi di ricaduta, relazioni amicali e famiglia. Il gruppo era diretto da un infermiere, ma assumeva un ruolo osservativo; tuttavia gli era concesso di rispondere a eventuali dubbi. Alla conclusione del film vi era un momento in cui si dibatteva rispetto a quanto visto ed è stato chiesto agli utenti di trascrivere brevemente una valutazione del filmato. L'incontro durava un totale di 35 minuti, inclusa la revisione scritta finale. Il campione selezionato ha previsto l'arruolamento di 113 pazienti, di età compresa tra i 18 e i 65 anni affetti da schizofrenia o disturbo schizoaffettivo.

Sonostate utilizzate due tipologie di esame dell'intervento, la prima era una valutazione oggettiva, mentre l'altra un'autovalutazione.

La *valutazione esterna* comprendeva misurazioni della *compliance* (scala 4-punti) e dell'*insight* (scala 3-punti) e della recidiva di ricoveri (nelle 70 settimane pre-ricovero e post dimissione), prima dell'intervento (T0), nei 15 giorni successivi (T1) e, nella metà dei casi, 5-6 mesi dopo l'intervento. T0 e T1 erano effettuati da infermieri in ospedale, mentre T2 dai medici/ psichiatri in ambito ambulatoriale.

L'*autovalutazione* invece è stata esaminata grazie all'utilizzo delle seguenti strumenti: il *The Knowledge of Illness about Schizophrenia Questionnaire*, un questionario atto a valutare un eventuale incremento delle conoscenze rispetto la patologia schizofrenica; la MARS; items individuali per verificare alcuni elementi tra cui la *percezione del paziente in relazione alle sue conoscenze sulla malattia*, la *soddisfazione della salute* e il *valore soggettivo* definito dalla potenza degli effetti farmacologici indesiderati.

I risultati hanno evidenziato un aumento significativo della conoscenza della malattia ($p < 0,01$). Mentre la recidiva delle ospedalizzazioni e la loro durata non è cambiata in modo significativo post-intervento ($p > .140$). I valori di corrispondenza (T0-T2) si sono ampliati significativamente ($p < .01$). La conoscenza della malattia è rimasta stabile in T2 in relazione a T0 ($p < .001$). Lo stesso per la scala MARS T0 ($p = .038$) / T2 ($p = .883$), per la *qualità di vita percepita* T0 ($p < 0.05$) / T2 ($p = .509$), per la *soddisfazione della salute* T0 ($p < .05$) / T2 ($p = .533$) e per le *conoscenze sulla patologia* T0 ($p < .05$) / T2 ($p = .567$). In generale gli utenti hanno percepito un incremento rispetto alla conoscenza sulla malattia maggiormente nella fase T2. Si è notato un incremento significativo nei punteggi della conoscenza della malattia ($p < .001$), come anche nel punteggio della scala MARS ($p < .001$). Hanno riferito una *percezione maggiore di informazione sulla schizofrenia* ($p < .001$); una *qualità di vita maggiore* ($p < .001$); un'ottimizzazione della *soddisfazione del benessere* ($p < .001$). Mentre la valutazione personale degli effetti farmacologici indesiderati non si è ridotta.

In conclusione, questo studio ha riportato dei risultati positivi rispetto l'efficacia della psicoeducazione, in alcuni aspetti del paziente. Il programma ha evidenziato una validità in relazione a differenti misure. Infatti, si è notato un miglioramento rispetto la conoscenza e consapevolezza della malattia e l'aderenza alla terapia farmacologica. Inoltre, le

modalità sono state ben accolte e accettate dagli utenti. Questo approccio permette di moderare i costi e diminuire le tempistiche e in futuro potrebbe essere impiegato per una possibile integrazione alla terapia di base psichiatrica.

Articolo di Chabannes et al., 2008

Lo studio di Chabannes et al. (2008), è uno studio multicentrico randomizzato, condotto in Francia che valuta l'efficacia del programma psicoeducativo *Soleduc*, mettendolo a confronto con l'attuazione di un intervento psicosociale non specifico.

Il campione ha incluso un totale di 220 pazienti affetti da schizofrenia, 11 nel gruppo *Soleduc* e 109 nel gruppo di controllo. Nel gruppo *Soleduc* si svolgeva un programma che prevedeva otto parti contenenti informazioni rispetto a: patologia, aderenza alla terapia farmacologica, farmaci, psicoterapia, modalità di assistenza e *follow up*, reintragrazione nella società e programmi riabilitativi di tipo psicosociale. Queste otto parti erano gestite da infermieri e suddivise in sette incontri. Il programma è stato proposto all'inizio, sei mesi dopo e dodici mesi dopo. Il gruppo di controllo, invece, ha eseguito una terapia psicosociale non definita, in moduli di un'ora, in cui si offrivano informazioni orali sulla schizofrenia e sulla terapia.

I pazienti sono stati valutati in periodi differenti: 3, 6, 12, 18 e 24 mesi successivi la partenza dello studio. In quest'ultimo sono stati valutati alcuni elementi con annesse scale valutative pre e post-intervento; inoltre, il rapporto di ricaduta, identificato come un evento durante il decorso che porta a ospedalizzazione, dopo due anni di *follow up*, con esaminazione media di un anno. Gli strumenti, nei due anni di *follow up*, utilizzati erano i seguenti: *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) e le *Clinical Global Impressions* (CGI) per valutare l'evoluzione clinica; *Psychosocial Skill Scale* (EAPS) per misurare l'attitudine psicosociale; *Social Adjustment Scale Self-Report* (SAS-SR) per valutare il funzionamento sociale; *Short Form Health Survey* (SF-36) per la qualità di vita; *Rating of Medication Influences* (ROMI) scale, per la compliance al trattamento.

Per quanto riguarda le ricadute, si può notare che una quantità minore di pazienti, in percentuale, hanno riscontrato una ricidiva nel gruppo *Soleduc* rispetto a quello di controllo (33 utenti (29,7%) ha presentato una ricidiva una volta nel gruppo *Soleduc*, invece nel gruppo di controllo l'hanno sperimentata 42 utenti (38,5%)). Tale risultato non è statisticamente significativo, ma, grazie ad alcuni strumenti valutativi, che mettono in combinazione il rischio di ricaduta con la frequenza dei sette incontri da parte dei pazienti, si possono identificare risultati significativi per quanto riguarda il rischio ricidiva per i soggetti che hanno partecipato a tutte e sette le sessioni ($p=0.05$). A seguito dei due anni di *follow up* i due gruppi hanno presentato progressi nelle scale PANSS, CGI, EAPS, SAS-SR e ROMI, ma non sono state evidenziate diversità statisticamente significative tra i due gruppi.

I risultati apportati in questo studio identificano che l'efficacia dell'intervento psicoeducativo *Soleduc* non ha avuto un impatto statisticamente significativo per un possibile miglioramento di aderenza al trattamento farmacologico, del funzionamento psicosociale, sull'evoluzione clinica e sulle competenze del paziente affetto da schizofrenia. Si sono però dimostrati risultati statisticamente significativi per quanto riguarda il tasso di ricadute dopo un *follow up* di due anni a seguito del programma *Soleduc*.

Articolo di Chan et al., 2007

L'articolo di Chan et al. (2007) è uno studio randomizzato controllato, condotto ad Hong Kong, che propone di valutare l'efficacia di un programma psicoeducativo chiamato *Transforming Relapse and Instilling Prosperity* (TRIP), rivolto a pazienti affetti da schizofrenia, a paragone con la tradizionale *Ward Occupational Therapy* (WOT).

Il campione reclutato era composto da 81 soggetti con diagnosi di schizofrenia tra i 18 e i 63 anni, ricoverati in una clinica psichiatrica per acuti. Sono stati suddivisi in due gruppi, il primo era il gruppo di intervento, a cui veniva somministrata la TRIP, composto da 44 pazienti; mentre il secondo era il gruppo di confronto, al quale veniva somministrata la WOT composto da 37. La TRIP è un intervento che include diverse tematiche come le ricadute e la promozione dello stato di benessere all'interno del programma. Si sviluppa nell'arco di due settimane ed è composto da 10 sedute, della durata di 50 minuti ciascuna. Gli incontri avevano l'obiettivo di esporre due argomenti principali, "orientamento alla malattia" e orientamento al benessere", che a loro volta incorporano al loro interno altri 10 tematiche: salute mentale, gestione delle emozioni, introduzione alla schizofrenia, risorse riabilitative (servizi residenziali e familiari), risorse riabilitative (servizi professionali e sociali), gestione e *compliance* dei farmaci, sviluppo del piano di prevenzione delle ricadute, gestione dei sintomi, dieta e stile di vita sani, gestione dello stress. Il programma WOT invece prevedeva attività di tipo occupazionale preesistenti, messe a disposizione dagli utenti ricoverati in ospedale psichiatrico, come attività lavorative d'ufficio e artigianali, ma anche ludiche.

La valutazione pre e post-intervento è avvenuta prima e 12 dopo il programma, attraverso l'utilizzo di alcune scale, tra cui: la *Medical Outcomes Study Short Form-36, Hong Kong version* (SF-36) per valutare la salute; la *Scale of Unawareness of Mental Disorder* (SUMD) per valutare l'*insight*; mentre la recidiva è stata definita con il numero di ricoveri durante il periodo di *follow-up* di 3-12 mesi.

Vengono riportati più cambiamenti nei punteggi del programma TRIP, rispetto al programma WOT, in particolare si sono evidenziati valori statisticamente significativi in alcune aree specifiche riportate di seguito: *componente fisica* ($p=0.004$), *conoscenza della malattia* ($p=0.033$) e *percezione del benessere mentale* ($p=0.000$). Come comprovato, i membri della TRIP hanno rivelato tassi di ricovero minori nel periodo di *follow-up* di 3-12 mesi in confronto al programma WOT. Nel periodo di *follow-up* di 9-12 mesi, si è notata una differenza aumentata, in quanto i tassi di riammissione per i programmi WOT e TRIP erano rispettivamente 21,62% e 13,64%. Se si osservano anche i dati relativi al *follow-up* di 12 mesi, possiamo identificare l'odds ratio grezzo equivalente a 1,75; dunque il rischio di ricaduta è più elevato per gli utenti che hanno partecipato al programma WOT anziché al programma TRIP. I risultati riportano un importante incremento in relazione all'*insight* e alla salute maggiormente positivi nei membri del programma TRIP.

Lo studio ha dimostrato l'efficacia della TRIP. Si suggerisce l'utilizzo del programma, nei centri di riabilitazione psichiatrica, rivolta non solo ai pazienti in fase cronica ma potrebbe venire consigliata anche ai soggetti in fase acuta della patologia oppure subito dopo il periodo di stabilizzazione.

Articolo di Vreeland et al., 2006

L'articolo di Vreeland et al. (2006) argomenta uno studio controllato randomizzato, collocato negli Stati Uniti. Si prefigge di valutare l'efficacia di un programma psicoeducativo chiamato *Team Solution*, messo a confronto al trattamento

psicoeducativo standard per migliorare la conoscenza e la gestione della malattia nei pazienti affetti da schizofrenia.

Il campione arruolato per lo studio era composto da 71 pazienti affetti da schizofrenia o disturbo schizoaffettivo, di età tra i 35 e i 64 anni, suddivisi a loro volta in due gruppi: gruppo di *Team Solution* composto da 40 pazienti e gruppo di controllo composto da 34 pazienti, i quali svolgevano il trattamento psicoeducativo standard. Il programma *Team Solution* prevedeva due incontri al giorno della durata di un'ora cadauno, per due giorni alla settimana, per un totale di 24 settimane. Sono state sviluppate tre sedute di otto settimane e rispettivamente due cartelle di lavoro esaminate simultaneamente alle sessioni. La prima seduta includeva l'analisi dei seguenti argomenti: *Capire la propria malattia e Recuperare dalla schizofrenia*. La seconda seduta ha trattato quanto segue: *Comprendere il trattamento e ottenere i migliori risultati dai farmaci*. Mentre la terza ha riguardato i seguenti temi: *Aiutarsi a prevenire le ricadute ed evitare le situazioni di crisi*. Il gruppo è stato gestito da operatori professionisti, che promuovevano la discussione e rispondevano a eventuali domande. Al gruppo di controllo, invece, è stato somministrato il programma standard, il quale prevedeva partecipazione alle attività lavorative, ricreative, formative e gruppi psicoeducativi che riprendevano argomenti inerenti alla patologia schizofrenica.

Gli strumenti utilizzati per valutare l'efficacia primaria dell'intervento erano i seguenti: la *Knowledge About Schizophrenia Questionnaire* (KASQ) e la *Team Solutions Comprehensive Knowledge Assessment Scale* (TSCAS), per valutare la conoscenza globale; la *Team Solutions Individual Workbook Knowledge Assessment*. Le variabili di esito secondarie sono state valutate attraverso le seguenti scale: la *Treatment Compliance Interview* (TCI), per valutare l'aderenza al farmaco; la PANSS e la CGI per valutare i sintomi; la *Global Assessment of Functioning-Disability Scale* (GAF-DIS) e la *Psychological General Well-Being Scale* (PGWB), per valutare il funzionamento e la qualità di vita. Per valutare le variabili di esito terziarie sono stati utilizzati i seguenti strumenti: il *Recovery Attitudes Questionnaire* (RAQ), per valutare atteggiamenti rispetto il potenziale di guarigione; la scala ROMI, per valutare influenze negative (ROMI-NEG) e positive (ROMI-POS) sull'aderenza ai farmaci.

I membri del gruppo *Team Solution* hanno evidenziato aumenti significativi ($p < 0.02$) per quanto riguarda i punteggi della KASQ, a confronto del gruppo di controllo. Per la scala TSCAS si sono verificati incrementi statisticamente significativi per quanto riguarda la gravità ($p < 0.02$) e per l'influenza del trattamento e la seduta di valutazione ($p < 0.01$) nei pazienti facenti parte del gruppo *Team Solution*. Per quanto concerne la scala PGWB, nella sottovoce "concetto di sé" si sono evidenziati risultati pre e post-intervento statisticamente significativi ($p < 0.05$), per i membri del gruppo *Team Solution*. Le valutazioni comprendenti le altre scale valutative non hanno dimostrato misure di esito statisticamente significative.

Complessivamente lo studio non ha dimostrato l'efficacia dell'intervento *Team Solution* in relazione a un possibile incremento di conoscenze e miglioramento della situazione clinica dei pazienti affetti da schizofrenia. Infatti, si è verificato che il programma preso in esame non ha documentato la superiorità rispetto al trattamento standard e riguardo altre misure di esito.

6.2. Discussione dei risultati

Conclusa la sezione della sintesi dei risultati, andrò a focalizzare l'attenzione sulla discussione, una parte dedicata all'esaminazione degli studi, al fine di far comprendere al lettore quali effetti implicano.

Si può osservare che gli studi vengono applicati in continenti con culture differenti di cui: tre in Europa (Francia e Germania), tre in Asia (Giappone, Cina) uno nell'America del Nord (Stati Uniti).

Anche se presente questa differenza culturale, tutti e sette gli studi hanno dimostrato uniformemente che la psicoeducazione è un trattamento non farmacologico efficace nella promozione del benessere mentale, nell'aumentare della critica di malattia, del miglioramento della *compliance* al trattamento farmacologico, nella riduzione delle ricadute e nell'ottimizzazione della qualità di vita, nei pazienti affetti da schizofrenia.

Gli studi hanno utilizzato strumenti di intervento differenti per somministrare il programma psicoeducativo al fine di raggiungere lo scopo prefissato, tra questi troviamo: libri di testo utilizzati nel trattamento psicoeducativo standard con al loro interno informazioni concernenti la schizofrenia (Yanagida et al., 2017); colloqui individuali e di gruppo grazie ai quali si discute apertamente con gli altri utenti o con il personale presente (Sauvanaud et al., 2017; Chan et al., 2007); film o videocassette inerenti la schizofrenia, riadattati e accorciati per permettere l'accettazione dei medesimi a tutti i membri del gruppo (von Maffei et al., 2015; Chabannes et al., 2008); cartelle di lavoro (Vreeland et al., 2006) e sessioni di psicoeducazione dove si sperimenta una situazione o evento che potrebbe verificarsi nel corso della propria vita, e si cerca di capire come gestirlo, grazie alla supervisione degli operatori, all'integrazione di libri didattici (Matsuda & Kohno, 2016).

Gli argomenti trattati da ciascuno studio sono svariati, quelli maggiormente presenti riguardano la terapia farmacologica e i suoi effetti, le informazioni sulla schizofrenia e la sintomatologia e la prevenzione delle ricadute. La differenza che si può notare è legata alla quantità degli argomenti trattati in ciascun programma. Alcuni studi hanno optato per un maggior numero di incontri, ragion per cui gli argomenti sono molteplici, mentre altri sono in quantità minore, ma ciò non significa che non siano efficaci (Chabannes et al., 2008; Chan et al., 2007; Matsuda & Kohno, 2016; Sauvanaud et al., 2017; von Maffei et al., 2015; Vreeland et al., 2006; Yanagida et al., 2017;).

Tutti gli studi hanno reclutato campioni di soggetti affetti da schizofrenia, sia uomini che donne. Solamente lo studio di Chan et al. (2007) ha incluso un campione composto da soli uomini. Nonostante ciò si può affermare che la psicoeducazione può essere rivolta a entrambi i sessi e la compromissione fisica e mentale che comporta la patologia schizofrenica può colpire sia uomini che donne. Infatti, tutti gli studi evidenziano quanto la schizofrenia sia una malattia invalidante e cronica che inficia sulle abilità del soggetto, influenzando negativamente sugli aspetti necessari a migliorare la qualità di vita, l'aderenza farmacologica e a ridurre i tassi di ricaduta (Chabannes et al., 2008; Chan et al., 2007; Matsuda & Kohno, 2016; Sauvanaud et al., 2017; von Maffei et al., 2015; Vreeland et al., 2006; Yanagida et al., 2017;).

A seguito dell'analisi approfondita di ciascuno studio si sono evidenziati alcuni temi inerenti e ripresi all'interno del lavoro di Tesi ossia l'aderenza farmacologica, le ricadute, il miglioramento della qualità di vita e la conoscenza della patologia. Tutti gli studi si sono posti come scopo quello di migliorare l'aderenza farmacologica e la conoscenza della schizofrenia nei pazienti affetti da quest'ultima, attraverso l'intervento psicoeducativo. Uno studio in particolare, quello di Chan et al. (2007), a differenza degli altri, si è posto come obiettivo quello di valutare il tasso di recidiva, l'*insight* e la salute dei pazienti.

L'aderenza farmacologica è un tema che per la pratica clinica risulta fondamentale, soprattutto per i pazienti affetti da schizofrenia, in quanto in mancanza di questo elemento si potrebbe andare incontro anche ad altre conseguenze come eventuali ricadute e all'aumentare della sintomatologia acuta. Per quando riguarda la valutazione della compliance farmacologica sono state utilizzate diverse scale, le quali prendevano in esame alcuni elementi che hanno permesso l'analisi dello scopo dell'intervento inizialmente citato. Due studi hanno esaminato questo tema attraverso l'impiego di due strumenti equivalenti per ciascuno studio. Lo studio di Yanagida et al. (2017) somministra un programma di psicoeducazione utilizzando un libro standard del Giappone per attuare l'intervento, quest'ultimo condotto da personale infermieristico. Lo studio ha evidenziato risultati significativi in entrambe le scale, per la DAI-10 sono migliorati i comportamenti positivi nei confronti nell'assunzione della terapia e rispetto alla conoscenza degli effetti indesiderati di quest'ultima ($p=0.43$); nella scala KIDI si sono verificati miglioramenti significativi in alcune sotto voci tra cui: "Conoscenza degli effetti dei tranquillanti", "Conoscenza dell'uso continuato di tranquillanti" e "Conoscenza delle iniezioni" ($p=0.001$). Lo studio di Matsuda & Kohno (2016), a differenza di quello precedente, conduce il programma NPE composto da diversi incontri con i partecipanti, durante i quali ci si sofferma su tematiche riguardanti la schizofrenia e si discutono implementando l'utilizzo di libri di testo. In questo studio i valori della scala DAI-10 sono stati statisticamente significativi per le variabili gruppo x tempo ($p<0.01$). Per quando riguarda la scala KIDI si sono avuti miglioramenti significativi, influenzati unicamente dalla variabile tempo, sul punteggio totale e nella sottovoce "Conoscenza dei farmaci".

Anche negli studi di Sauvanaud et al. (2017) e von Maffei et al. (2015) si nota un'uguaglianza rispetto alla scala scelta per valutare l'intervento, ossia la MARS. Il primo studio fonda il suo intervento su un nuovo programma psicoeducativo, l'ETP, condotto da operatori sanitari professionisti, tra cui un infermiere, i quali hanno organizzato colloquio individuali con i partecipanti. Qui il punteggio della scala MARS è risultato significativo nel confronto dei valori pre e post-intervento. Il secondo studio, invece, ha utilizzato un programma il quale prevedeva incontri durante i quali i partecipanti visionavano un film che trattava di schizofrenia e degli elementi ad essa correlate. Il punteggio MARS, anche in questo studio, ha riportato valori significativi confrontando i test pre e post-intervento. Lo studio di Chabannes et al. (2008), invece, per valutare la compliance farmacologica, ha scelto di utilizzare una scala chiamata ROMI. Questo studio è stato condotto confrontando due gruppi, i quali hanno svolto rispettivamente il programma psicoeducativo Soleduc e una formazione psicosociale non specifica. Il programma Soleduc, come l'intervento attuato da von Maffei et al. (2015), ha pianificato alcuni incontri durante cui i partecipanti visionavano videocassette contenenti argomenti riguardanti la schizofrenia. La scala ROMI, in questo caso, al contrario degli studi precedentemente descritti, ha riportato risultati non significativi tra i valori pre e post-intervento. Lo studio di Vreeland et al. (2006) ha scelto la TCI e la ROMI. Il programma psicoeducativo sviluppato per questo studio è stato il Team Solution, il quale prevedeva due incontri al giorno in cui venivano discusse diverse cartelle di lavoro concernenti temi sulla schizofrenia. Nei risultati post-intervento la scala TCI e la scala ROMI non sono stati significativi. Dunque, l'intervento Team Solution non ha dimostrato di essere superiore e maggiormente efficace rispetto al trattamento standard. Questi ultimi due studi analizzati sono stati gli unici a riportare risultati non significativi rispetto la compliance farmacologica dei pazienti affetti da schizofrenia.

Un altro elemento importante che viene ripreso da due studi riguarda le ricadute e di conseguenza le ospedalizzazioni. Lo studio di Chabannes et al. (2008) sostiene che la

mancata assunzione della terapia antipsicotica può compromettere il decorso della schizofrenia. Dunque, è di fondamentale importanza promuovere la conoscenza dei farmaci, dei loro effetti collaterali e della sintomatologia psicotica, elementi che influenzano significativamente il percorso della patologia. La recidiva, all'interno di questo studio, viene valutata in due anni di *follow up*: in generale, si è verificato un minor numero di ricadute nel gruppo *Soleduc* rispetto al gruppo di controllo. Lo studio di Chan et al. (2007) ha valutato due gruppi di partecipanti a cui sono stati somministrati rispettivamente il programma TRIP e il programma WOT. Le ricadute sono state esaminate in base al numero di ricoveri effettuati durante il periodo di *follow up* di 3 e 12 mesi. Si è notato che il programma TRIP ha riportato minori ospedalizzazioni rispetto al programma WOT, inoltre, nel *follow up* di 12 mesi, il rischio di ricaduta è notevolmente aumentato per il gruppo a cui è stata somministrata la WOT. Un limite per quanto concerne questo studio è la valutazione della recidiva, perché potrebbe essere inefficace in quanto le cause di ricaduta sono vaste e possono variare ad ogni eventuale ospedalizzazione, ragion per cui il criterio utilizzato da questo studio per l'analisi di questo valore potrebbe essere inadeguato.

Un altro elemento da considerare è la qualità di vita. Questo fattore è stato evidenziato da alcuni studi confrontati anche in precedenza, in particolare si parla dello studio di Sauvanaud et al. (2017), che si propone di valutare la qualità oggettiva e soggettiva della vita in seguito all'applicazione di un programma psicoeducativo. Per valutare la qualità oggettiva e soggettiva della vita, sono state utilizzate rispettivamente la scala GAF e il questionario S-QoL. Confrontando i valori di questi strumenti si è notato un significativo miglioramento della qualità di vita oggettiva ($p = 0,008$). Mentre per quanto riguarda la qualità soggettiva si nota un miglioramento significativo rispetto la sottovoce del benessere psicologico ($p = 0,03$). Gli elementi che avrebbero scaturito risultati non significativi per gli altri valori della scala S-QoL sono legati al numero dei partecipanti allo studio, alla labilità della percezione della qualità di vita nel tempo e dal grado di consapevolezza posseduto dai soggetti che potrebbe influenzare l'autovalutazione. Mentre lo studio di von Maffei et al. (2015), valuta la qualità di vita utilizzando un singolo item, il quale nell'esame post-intervento presenta un aumento significativo di questo valore ($p < .001$). Un altro studio che valuta la qualità di vita, anche se utilizza uno strumenti di valutazione differente è quello di Chabannes et al. (2008), che con la SF-36 non però ha riscontrato valori significativi rispetto all'elemento esaminato. L'ultimo studio che ha deciso di verificare un possibile miglioramento della qualità di vita è quello di Vreeland et al. (2006), il quale utilizza due scale la GAF-DIS e la PGWB, le quali hanno riportano risultati significativi post-intervento solamente in una sottovoce all'interno della PGWB: "concetto di sé" ($p < .05$).

La conoscenza della schizofrenia è un altro tema che ho discusso anche all'interno del quadro teorico: è molto importante e soprattutto dovrebbe avvenire in tempi adeguati e soprattutto promosso dall'équipe multiprofessionale. Anche in questo ambito lo studio di Vreeland et al. (2006) viene preso in considerazione, come anche lo studio di von Maffei et al. (2015). Entrambi affermano che la psicoeducazione è un intervento efficace, se integrato correttamente con il trattamento farmacologico, per incrementare la conoscenza della schizofrenia e per ridurre di conseguenza i tassi di recidiva (von Maffei et al., 2015; Vreeland et al.; 2006). Rispettivamente, il primo studio citato valuta la conoscenza attraverso tre strumenti: la KASQ; la TSCKAS e la *Team Solutions Individual Workbook Knowledge Assessment*. In relazione a ciò troviamo incrementi nel gruppo sperimentale nella prima scala, così come nella seconda, per l'autovalutazione invece non ci sono stati risultati significativi. Nel secondo studio citato, troviamo il *Knowledge of*

Illness about Schizophrenia Questionnaire, il quale ha riportato un aumento significativo nei valori post-intervento ($p < .001$). Concludendo possiamo affermare che i due programmi psicoeducativi, seppur utilizzano differenti modalità, si sono dimostrati efficaci per implementare la conoscenza della malattia schizofrenica nei partecipanti allo studio.

Le limitazioni dei singoli studi sono state legate soprattutto alla grandezza poco elevata del campione reclutato, oppure dalla mancanza del gruppo di controllo. Questo però non ha compromesso gli studi tanto da escluderli, dunque li ho ritenuti tutti validi per l'analisi della revisione a seguito della valutazione eseguita attraverso lo strumento di Zangaro e Soeken (2007).

Gli studi esaminati considerano la figura dell'infermiere nell'attuazione dell'intervento psicoeducativo, che assume un ruolo secondario o primario a seconda del programma. L'infermiere, come ho descritto approfonditamente nel quadro teorico, ha un ruolo importante ed essenziale per il paziente, in quanto trascorre molto tempo con quest'ultimo relazionandosi nel quotidiano. La creazione di un legame fondato sulla fiducia è estremamente importante e grazie a questo è possibile fornire informazioni al paziente in modo adeguato ed efficace attraverso un modello psicoeducativo. Per permettere ciò, l'istruzione dell'infermiere in relazione alla tecnica è fondamentale. All'interno di uno studio attuato in Giappone, si è visto che a seguito dell'introduzione di un programma psicoeducativo, l'insorgenza di problematiche era inevitabile, le più rilevanti sono state la carenza di manodopera e la mancanza di conoscenze e abilità in relazione al tema (Matsuda & Kono, 2015). Dunque, risulta importante educare l'equipe infermieristica sulla psicoeducazione, per poter ottimizzare al meglio l'assistenza. L'infermiere però possiede anche molteplici competenze descritte in precedenza all'interno del quadro teorico. Credo sia importante evidenziarle anche in questo capitolo, perché la presenza di questa figura può recare sollievo e sostegno al paziente e potrebbe essere un momento utile per identificare in prima persona cosa necessita l'utente. Successivamente sarà più semplice fornire un feedback all'equipe e discutere per rivisitare o modificare il piano terapeutico del soggetto.

6.3. Limitazioni

In questo capitolo verranno illustrati i limiti riscontrati nel corso della revisione e della stesura dell'elaborato. Il primo limite incontrato è caratterizzato sicuramente dal numero di articoli ricercati. Questo è dovuto al fatto che molti articoli esaminati sono stati esclusi a causa del non completo soddisfacimento dei criteri di inclusione prescelti. La maggior parte degli studi trattavano la psicoeducazione rivolta ai pazienti affetti da schizofrenia, includendo la famiglia. Dato che la mia domanda di ricerca si preclude di valutare l'efficacia dell'intervento psicoeducativo a livello individuale, gli articoli che utilizzavano un approccio familiare sono stati esclusi.

Un'altra barriera è legata dalla lingua degli articoli, nel mio caso inglese e francese, infatti, data la poca padronanza di entrambi gli idiomi, ho utilizzato strumenti che mi hanno aiutato nella traduzione, anche se con piccole difficoltà e imprecisioni.

Un altro limite riscontrato è rappresentato dal contesto in cui sono stati svolti gli studi. Il mio quesito è volto ad analizzare l'intervento all'interno di un *setting* riabilitativo, ma gli studi esaminati non esplicitano chiaramente questo aspetto. In accordo con la mia direttrice di Tesi abbiamo deciso di includerli comunque: si sono dimostrati adeguati all'interpretazione dei risultati, comprovando l'efficacia dell'intervento psicoeducativo.

Un altro punto debole è legato all'individualità della psicoeducazione, ciò significa che molti articoli hanno studiato gruppi di soggetti affetti da schizofrenia e non il singolo paziente. Ovviamente per il tipo di *design* era inevitabile ci fossero studi che comprendessero gruppi, quindi abbiamo deciso, sempre in accordo con la direttrice di Tesi, di includere questa tipologia di studi nell'analisi, dimostrandosi comunque efficace per la stesura della revisione.

Sarebbe utile per i professionisti possedere letteratura scientifica che tratti questo argomento, perché spesso la psicoeducazione rivolta a paziente con psicosi, è spesso vista come un insieme di informazioni somministrate oralmente, senza uno schema preciso. Inoltre, credo sia importante informare e istruire i professionisti rispetto le numerose tecniche da poter utilizzare coi pazienti, come si è visto negli studi analizzati sono presenti modalità differenti di somministrazione, come i film o le videocassette.

Rispetto a questo, un consiglio per la ricerca futura potrebbe essere quello di esaminare i fattori di stress legati alle possibili ricadute e in che modo il paziente li vive e se li riconosce. Inoltre, potrebbe essere interessante includere nei programmi di psicoeducazione il tema dei cambiamenti del corpo legati a un peggioramento o recidiva della malattia. Durante gli stage che ho svolto in CPC, ho notato che nei pazienti in fase acuta di malattia avvenivano cambiamenti somatici a livello della cute o comparsa improvvisa di dolori soprattutto addominali. Inoltre, sarebbe interessante valutare la fiducia percepita dal paziente nei confronti del curante, a parer mio elemento fondamentale per promuovere lo sviluppo di una relazione stabile e sana e della *compliance* farmacologica.

7. Conclusioni

Grazie alla stesura dell'elaborato si può evincere quanto la schizofrenia sia una patologia cronica e disabilitante, che compromette svariati aspetti della qualità di vita del soggetto e del suo entourage; infatti, le molteplici manifestazioni sintomatologiche possono aggravare il quadro clinico e inficiare sulla abilità del soggetto. Dato il decorso turbolento e imprevedibile della schizofrenia, è importante che vi siano alcuni aspetti a cui tenere conto legati al riconoscimento dei sintomi, all'aderenza farmacologica e i fattori stressanti, per garantire un miglior recupero di un eventuale ricaduta e l'ottimizzazione del benessere fisico e psicologico del soggetto.

Per questo motivo lo sviluppo di un programma psicoeducativo individuale può risultare efficace al fine di stabilizzare e acquisire gli aspetti elencati in precedenza. La psicoeducazione, infatti, si pone l'obiettivo di aumentare le conoscenze della malattia, migliorare la qualità di vita, ottimizzare l'aderenza alla terapia e ridurre le recidive. L'intervento può stimolare la comunicazione del paziente e, grazie alla creazione di un *setting* tranquillo e confortevole, potrebbe essere un contesto in cui si sviluppa una relazione terapeutica e di fiducia tra utente e professionista della salute.

L'infermiere possiede un ruolo fondamentale nell'assistenza al paziente affetto da schizofrenia, in quanto con le sue conoscenze e competenze è in grado di comprendere la sua condizione e reagire in modo adeguato ed efficace. A questo proposito all'interno del quadro teorico ho deciso di approfondire il ruolo di questa figura, perché a parer mio è giusto riconoscere l'importanza della sua presenza e far conoscere le sue mansioni nell'ambito della salute mentale. Quest'ultimo caratterizzato da svariati pregiudizi e

stereotipi legati all'assistenza infermieristica fornita e soprattutto legati alla casistica dei pazienti e alle patologie di cui sono affetti.

Grazie alla stesura del quadro teorico ho raggiunto il primo obiettivo prefissato. Quest'ultimo consisteva nell'acquisire consapevolezza e conoscenze in relazione alla schizofrenia, al ruolo infermieristico, alla riabilitazione psichiatrica e alla psicoeducazione individuale. Personalmente alla conclusione della stesura dell'elaborato ho acquisito e integrato nuove conoscenze che saranno utili per la pratica professionale futura, dunque l'obiettivo è stato perseguito. Simile a questo, il secondo obiettivo consisteva nell'approfondire le conoscenze del ruolo infermieristico in salute mentale, in particolare coi pazienti affetti da schizofrenia. Posso affermare che anche questo obiettivo è perseguito, sono riuscita a evidenziare gli aspetti più importanti per lo sviluppo di un processo di cura efficace.

Dalla ricerca effettuata i risultati sono stati favorevoli rispetto al programma psicoeducativo. Infatti, gli studi sono conformi nell'affermare che la psicoeducazione rivolta ai pazienti affetti da schizofrenia è efficace al fine di migliorare le conoscenze della malattia, l'aderenza farmacologica, la qualità di vita, il benessere psicologico e fisico e ridurre il rischio di ricadute. Grazie agli articoli trovati il terzo e ultimo obiettivo prefissato è stato raggiunto e, seppur la quantità degli articoli non sia elevata, tutti hanno comprovato l'efficacia dell'intervento. Ho avuto la possibilità di conoscere nuovi metodi psicoeducativi, come l'utilizzo di film o videocassette, tecnica che mi ha affascinato e incuriosito molto.

Il motivo per il quale ho scelto di approfondire questa tematica lo riconduco a il voler documentare l'importanza di integrare alla terapia farmacologica interventi psicoeducativi, per poter migliorare il benessere del soggetto; perché l'utilizzo dei soli farmaci non è sufficiente.

Concludente il mio lavoro di Tesi, posso affermare che la stesura della revisione della letteratura mi ha dato la possibilità di rispondere al quesito di ricerca definito in precedenza, dunque posso sostenere che la psicoeducazione, applicata ai pazienti affetti da schizofrenia è efficace per migliorare la qualità di vita, il benessere generale, la conoscenza della patologia e l'aderenza farmacologica, nonché per diminuire i tassi di ospedalizzazione.

8. Autoriflessione

Giunta al termine della stesura del mio lavoro di Tesi mi ritengo soddisfatta del percorso svolto e del risultato raggiunto. Grazie alla redazione del documento ho acquisito nuove e approfondite conoscenze, le quali sono sicura mi saranno utili per la pratica professionale futura.

È stato un percorso difficile e impegnativo, data la poca manualità delle banche dati e i numerosi articoli che non rientravano nei criteri di inclusione prescelti. È stato interessante scoprire le diverse sfumature dell'intervento psicoeducativo e come questo viene applicato. Mi hanno affascinato, in particolare, le caratteristiche degli interventi e la risposta di questi dei pazienti affetti da schizofrenia.

Nel corso dei miei stage ho potuto relazionarmi con pazienti affetti da questa patologia ed è tutt'altro che semplice o scontato. Le persone con schizofrenia, soprattutto in fase acuta, richiedono molteplici attenzioni e spesso è difficile entrarci in relazione. È importante comprendere il limite fin dove ci si può spingere, comprendere i loro bisogni e le richieste d'aiuto e soprattutto non giudicare.

Spero che il mio elaborato sia utile come documento di approfondimento e utile per i professionisti e che possa permettere a quest'ultimi di riflettere sul tema, al fine di somministrare una corretta assistenza infermieristica.

Concludendo questo percorso mi ha fatto riflettere molto e mi ha motivato maggiormente nel raggiungere il mio più grande desiderio, ossia poter operare come infermiera nell'ambito della salute mentale.

9. Abbreviazioni

CARL = Centro abitativo, ricreativo e di lavoro
CGI = Clinical Global Impression
CP = Valori di equivalenza di Chlorpromazine
CPC = Clinica psichiatrica cantonale
DAI-10 = Drug Attitude Inventory-10
DALY = Disability-Adjusted Life Years
DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
DSM = Dipartimento di Salute Mentale
EAPS = Psychosocial Skill Scale
EBP = Evidence Based Practice
ETP = Éducation Thérapique
GAF = Global Assessment of Functioning
GAF-DIS = Global Assessment of Functioning-Disability Scale
GWAS = Genome-Wide Association Study
ICD-10 = International Classification of Diseases
ICF = Revise International Classification of Function, Disability and Health
IQ8 = Insight Q8
KASQ = Knowledge About Schizophrenia Questionnaire
KIDI = Knowledge of Illness and Drugs Inventory
LASP = Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale
MARS = Medication Adherence Rating Scale
MPS = Medication Perception Scale for Patients with Schizophrenia
MSAL = Ministero della Salute
NIMH = National Institute of Mental Health
NPE = Nursing Psychoeducation Program
OMS = Organizzazione Mondiale della Sanità
OSC = Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale
PGWB = Psychological General Well-Being Scale
RAISE = Recovery After an Initial Schizophrenia Episode
RAQ = Recovery Attitudes Questionnaire
ROMI = Rating of Medication Influences
S-QoL = Subjective Quality of Life
SAS-SR = Social Adjustment Scale Self-Report

SF-36 = Short Form Health Survey
SUMD = Scale of Unawareness of Mental Disorder
TCI = Treatment Compliance Interview
TRIP = Transforming Relapse and Instilling Prosperity
TSCKAS = Team Solutions comprehensive knowledge assessment scale
WHO = World Health Organization
WOT = Ward Occupational Therapy
YLD = Years Lived with Disability

10. Ringraziamenti

A conclusione di questo lavoro di Tesi, ritengo opportuno rivolgere i miei più sentiti ringraziamenti alle persone che mi hanno accompagnato lungo questo percorso universitario e alle persone che mi hanno sostenuto al di fuori.

Un ringraziamento a cui tengo particolarmente è rivolto alla Prof.ssa Elisa Dolci, relatrice di questa Tesi, che mi ha sostenuto e incoraggiato durante il percorso. Mi ha sempre fatto sentire accettata e soprattutto è sempre stata pronta a intervenire con velocità per rispondere ai miei dubbi.

Grazie a tutti i professori della SUPSI per aver reso questo percorso formativo e interessante. Grazie per quello che fate ogni giorno per noi studenti.

Vorrei ringraziare *Alessia, Gaia, Aline, Chiara, Sara e Claudia*, compagne di avventure, pianti e sacrifici, sempre presenti e disponibili, sarete sempre nel mio cuore.

Ora vorrei ringraziare la mia famiglia,

A mio padre Alfredo, l'uomo che mi ha aiutato nei momenti di difficoltà e si sacrifica ogni giorno per farmi realizzare i miei sogni.

Grazie alle mie *nonne Angela e Zoraide*, per avermi accompagnato giorno per giorno e aiutato nei momenti di difficoltà.

Grazie a zia Erminia e zia Linda, per avermi sostenuto e creduto in me.

Grazie a zio "Gigi", che hai animato i miei momenti di sconforto.

Grazie ai miei *cugini Ilenia e Bruno* per avermi regalato i migliori momenti di spensieratezza, ricchi di risate.

Grazie a mia *sorella Agnese*, che tralasciando le numerose litigate ho sentito la tua vicinanza e il tuo sostegno.

Grazie a Davide, il mio fidanzato. Grazie per supportarmi e sopportarmi ogni giorno e grazie per l'appoggio offerto lungo questo percorso, ai pianti, ai sorrisi, alla motivazione. Hai creduto sempre in me, fino alla fine.

Grazie a tutti gli *amici*, che mi hanno donato felicità, serenità e momenti di svago, vi voglio bene.

Grazie ad *Anna*, un'amica speciale, grazie alla quale ho trascorso momenti indimenticabili. Sei la spalla su cui piangere e il mio braccio destro.

Grazie a *Marila*, un'amicizia unica, grazie per il tuo sostegno e la tua presenza. Ti voglio bene.

Grazie a *Marika*, una sorella, una zia, un sostegno fondamentale da sempre, grazie perché ci sei sempre stata, anche per le piccolezze. Sarai sempre nel mio cuore, ti voglio bene.

Infine, vorrei ringraziare mia *madre*, so che sarai orgogliosa di me, vorrei tu fossi qui per goderti questo importante traguardo. Grazie a te per la persona che sono e che diventerò, tutto questo è dedicato anche a te.

11. Bibliografia

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (5° ed.).

Bolzani, L. (2021). *Psicosi schizofreniche*. [Documento]. iCorsi SUPSI-DEASS. <https://www.icorsi.ch>

Bustillo, J. (2022). Psychosocial interventions for schizophrenia. *UpToDate*. https://www.uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/psychosocial-interventions-for-schizophrenia/print?search=psychosocial%20therapy%20AND%20schizophrenia%20&opicRef=130944&source=see_link

Caviglia, G., & Perrella, R. (2009). *La schizofrenia: diagnosi, teorie, terapie*. Carocci.

Chabannes, J.-P., Bazin, N., Leguay, D., Nuss, P., Peretti, C.-S., Tatu, P., Hameg, A., Garay, R. P., & Ferreri, M. (2008). Two-year study of relapse prevention by a new education program in schizophrenic patients treated with the same antipsychotic drug. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 23(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.09.003>

Chan, S. H.-W., Lee, S. W.-K., & Chan, I. W.-M. (2007). TRIP: A psycho-educational programme in Hong Kong for people with schizophrenia. *Occupational Therapy International*, 14(2), 86–98. <https://doi.org/10.1002/oti.226>

Chiari, P., Mosci, D., & Naldi, E. (2006). *L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'Evidence Based Nursing*. McGraw-Hill Education.

Conte, M. (2020). *Schizofrenia: sintomi e cura*. <https://www.ipsico.it/sintomi-cura/schizofrenia/>

Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 17(1), 38–43. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>

EpiCentro. (s.d.). *Schizofrenia*. Recuperato 7 settembre 2021, da <https://www.epicentro.iss.it/schizofrenia/>

Falloon, I. (1992). *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie* (2° ed.). Erickson.

Fassino, S., Abbate Daga, G., & Leombruni, P. (2007). *Manuale di Psichiatria biopsicosociale*. Centro Scientifico.

Favrod, J., Crespi, S., Faust, J.-M., Polari, A., Bonsack, C., & Conus, P. (2011). A psychoeducation tool for patients with first-episode psychosis. *Acta Neuropsychiatrica*, 23(2), 75–77. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2011.00529.x>

Fischer, B. A., & Buchanan, R. W. (2022a). Schizophrenia in adults: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*. https://www.uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/schizophrenia-in-adults-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=esordio%20e%20prognosi%20schizofrenia%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Fischer, B. A., & Buchanan, R. W. (2022b). Schizophrenia in adults: Epidemiology and pathogenesis. *UpToDate*. https://www.uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/schizophrenia-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis?search=schizophrenia%20in%20adults:%20epidemiology%20and%20patogenesis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H31673355

Fondazione The Bridge. (2019). *Il libro bianco sulla schizofrenia*. <https://www.fondazionebridge.it/wp-content/uploads/2019/09/Il-libro-bianco-sulla-schizofrenia-1-1.pdf>
<https://www.magicgatebg.com/Books/INDEXII/An%20Atlas%20of%20Schizophrenia.pdf>

Jibson, M. D. (2020). First-generation antipsychotic medications: Pharmacology, administration, and comparative side effects. *UpToDate*. https://www.uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/first-generation-antipsychotic-medications-pharmacology-administration-and-comparative-side-effects?search=farmaci%20antipsicotici&source=search_result&selectedTitle=3~144&usage_type=default&display_rank=2

Jibson, M. D. (2022). Second-generation antipsychotic medications: Pharmacology, administration, and side effects. *UpToDate*. https://www.uptodate-com.proxy2.biblio.supsi.ch/contents/second-generation-antipsychotic-medications-pharmacology-administration-and-side-effects?search=farmaci%20antipsicotici&source=search_result&selectedTitle=2~144&usage_type=default&display_rank=1

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

Maone, A., & Gazzillo, F. (2014). Schizofrenia e disturbi psicotici. In V. Lingiardi, & F. Gazzillo (A cura di), *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento* (pp. 675-686). Raffaello Cortina Editore.

Matsuda, M., & Kohno, A. (2016). Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 581–586.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.008>

McKibbin, K. A. (1998). Evidence-based practice. *Bulletin of the Medical Library Association*, 86(3), 396–401. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC226388/>

Messias, E., Chen, C.-Y., & Eaton, W. W. (2007). Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths. *The Psychiatric clinics of North America*, 30(3), 323–338. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.04.007>

- Migone, P. (2012). *Storia della schizofrenia. Il ruolo terapeutico*. Psychomedia Telematic Review. http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt119-120_12.htm
- Ministero della Salute [MSAL]. (2007). *Linee guida per gli interventi precoci nella schizofrenia*. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_714_allegato.pdf
- National Institute of Mental Health [NIMH]. (s.d.). *Schizophrenia*. Recuperato 9 settembre 2021, da <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia>
- Nicolò, G., & Pompili, E. (2012). *Manuale di psichiatria territoriale*. Pacini Editore.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica*. McGraw-Hill Education.
- Rauci, V., & Spaccapeli, G. (2013). *Fondamenti di infermieristica in salute mentale*. Maggioli Editore.
- Repubblica e Cantone Ticino. (s.d.). Mendrisio - Casvegno. Clinica psichiatrica cantonale (CPC). Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL). Recuperato 3 gennaio 2022, da <https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/depliant%20cpc%20carl.pdf>
- Roever, L. (2018). PICO: Model for Clinical Questions. *Evidence-Based Medicine*. <https://doi.org/10.4172/2471-9919.1000115>
- Rossi, A. (2015). I farmaci a lunga durata d'azione: un nuovo approccio per la gestione delle psicosi. *Journal of the Psychopathology*, 21(4), 26.
- Saiani, L., & Brugnolli, A. (2010). *Come scrivere una revisione della letteratura*. <https://medtriennialiao.campusnet.unito.it/html/RevisioneLetteratura.pdf>
- Sauvanaud, F., Kebir, O., Vlasie, M., Doste, V., Amado, I., & Krebs, M.-O. (2017). [Therapeutic benefit of a registered psychoeducation program on treatment adherence, objective and subjective quality of life: French pilot study for schizophrenia]. *L'Encephale*, 43(3), 235–240. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.028>
- Schizofrenia. (2007). In Treccani. https://www.treccani.it/enciclopedia/schizofrenia_%28Enciclopedia-Italiana%29/
- Silvestroni, I., Cerini, L., Martinelli, S., & Sacchetti, C. (2019). *Modelli riabilitativi in psichiatria. La psicoeducazione. Mappe per l'educazione*. Bonomo.
- Stefan, M., Travis, M., & Murray, R. (2002). *An atlas of schizophrenia*. Parthenon Pub Group.
- Stilo, S. A., & Murray, R. M. (2019). Non-Genetic Factors in Schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 21(10), 100. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1091-3>
- Tacchini, M. A. (1998). *Professione infermiere nei servizi psichiatrici: dalla teoria alla prassi*. Masson.

- Tamminga, C. (2020). *Schizofrenia*. Manuali MSD. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/schizofrenia-e-disturbi-correlati/schizofrenia>
- Tuveri, A., Zucconi, P., & Condotta, A. (1998). *Schizofrenia: diagnosi e prognosi*. <https://www.dr-zucconi.it/fileadmin/pdf/schizpro.pdf>
- von Maffei, C., Görge, F., Kissling, W., Schreiber, W., & Rummel-Kluge, C. (2015). Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: A pilot study using a quasi-experimental pre-post design. *BMC Psychiatry*, 15, 93. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0481-2>
- Vreeland, B., Minsky, S., Yanos, P. T., Menza, M., Gara, M., Kim, E., Toto, A. M., & Allen, L. (2006). Efficacy of the team solutions program for educating patients about illness management and treatment. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(6), 822–828. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.822>
- World Health Organization [WHO]. (2019). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Rehabilitation*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Yanagida, N., Uchino, T., & Uchimura, N. (2017). The Effects of Psychoeducation on Long-term Inpatients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *The Kurume Medical Journal*, 63(3.4), 61–67. <https://doi.org/10.2739/kurumemedj.MS00011>
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 445–458.

12. Allegati

12.1. Allegato 1. Tabella riassuntiva degli articoli scientifici

Nr	Autore, (anno), Paese	Titolo	Design	Scopo	Campione	Descrizione dell'intervento/degli interventi
1	Yanagida, N., Uchino, T., & Uchimura, N. (2017), Giappone	The Effects of Psychoeducation on Long-term Inpatients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorder.	Studio clinico quasi sperimentale, pre-test/post-test.	Valutare l'efficacia di un intervento psicoeducativo sul miglioramento dell'aderenza farmacologica nei pazienti affetti da schizofrenia e disturbo schizoaffective ricoverati a lungo termine.	70 pazienti affetti da schizofrenia e disordine schizoaffective, ricoverati in ospedale per più di un anno, in grado di comunicare verbalmente. Esclusi i pazienti con sospetto di demenza.	Gruppo di intervento: Corso di psicoeducazione strutturato in 6 sessioni, 1xsettimana, condotto da personale infermieristico, psicologi clinici e terapisti occupazionali. Soggetti suddivisi in gruppi di 6-12 partecipanti. Utilizzato libro di testo standard per la psicoeducazione in Giappone. Nessun gruppo di controllo.
2	Sauvanaud, F., Kebir, O., Vlasie, M., Doste, V., Amado, I., & Krebs, M.-O. (2016), Francia	Therapeutic benefit of a registered psychoeducation program on treatment adherence, objective and subjective quality of life: French pilot study for schizophrenia.	Studio clinico retrospettivo quasi sperimentale, monocentrico, aperto e non controllato.	Valutare l'efficacia di un intervento psicoeducativo in relazione alla qualità oggettiva e soggettiva percepita dai soggetti affetti da schizofrenia, all'aderenza farmacologica e la consapevolezza della malattia.	14 pazienti volontari, affetti da schizofrenia o disturbi schizoaffective, a cui è stata prescritta dell'educazione terapeutica. Esclusi pazienti con sintomi instabili o criteri che richiedono il ricovero.	Gruppo di intervento: 3 programmi ambulatoriali di psicoeducazione, 15 incontri/8 mesi, 1xsettimana per 1,5 ore, dirette da due operatori, di cui un infermiere e un esperto nella tematica (psichiatra, assistente sociale, psicologo, dietista). Gruppo composto da 3-6 partecipanti. Nessun gruppo di controllo.
3	Matsuda, M., & Kohno, A.	Effects of the Nursing Psychoeducation Program on the	Studio quasi sperimentale, con campioni di	Valutare l'efficacia del Nursing	56 pazienti affetti da schizofrenia, ricoverati in reparti acuti, 31 pazienti	Gruppo di intervento (NPE): 4 sessioni, 1xsettimana, di 60-90 minuti a gruppo chiuso di 5-7

	(2016), Giappone	Acceptance of Medication and Condition-Specific Knowledge of Patients with Schizophrenia.	convenienza e un gruppo di controllo non equivalente, disegno pre-test/post-test.	Psychoeducation Program (NPE) in confronto a trattamento standard, per migliorare l'accettazione dei farmaci, la conoscenza della malattia e degli effetti dei farmaci.	per il gruppo di intervento e 25 per quello di controllo. Assunzione di terapia orale, capacità comunicare verbalmente, età ≥ 20 anni. Escluso chi aveva disabilità intellettiva.	partecipanti; condotto da due infermiere psichiatriche; vengono utilizzati libri didattici. Gruppo di controllo: trattamento standard.
4	Von Maffei, C., Görges, F., Kissling, W., Schreiber, W., & Rummel-Kluge, C., (2015), Germania	Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: A pilot study using a quasi-experimental pre-post design.	Studio pilota, quasi sperimentale, pre-post design.	Valutare l'efficacia di un programma di psicoeducazione basato su film per migliorare conoscenze, compliance, <i>insight</i> , effetti secondari e qualità di vita.	113 pazienti di un ospedale psichiatrico, affetti da schizofrenia; età 18-65 anni. Sintomi psicotici stabili, assenza di danni cerebrali o disabilità intellettive e conoscenza della lingua tedesca.	Gruppo di intervento: Programma che prevede l'utilizzo di 6 film di 17 minuti ciascuno che trattavano temi legati alla schizofrenia. In media hanno guardato 3 film alla settimana. L'infermiere era sempre presente. Alla fine del film c'era una valutazione di 35 minuti circa. Nessun gruppo di controllo.
5	Chabannes, J.-P., Bazin, N., Leguay, D., Nuss, P., Peretti, C.-S., Tatu, P., Hameg, A., Garay, R. P., & Ferreri, M., (2008), Francia	Two-year study of relapse prevention by a new education program in schizophrenic patients treated with the same antipsychotic drug.	Studio multicentrico randomizzato, aperto.	Valutare l'efficacia psicoeducativa del programma Soleduc rispetto alla formazione di gruppo psicosociale non specifica.	220 pazienti affetti da schizofrenia, 111 nel gruppo Soleduc e 109 in quello con programma psicosociale; età 18-45 anni. Con lo stesso trattamento antipsicotico.	Gruppo di intervento (Soleduc): 8 moduli (videocassette) che contenevano informazioni legate alla schizofrenia. Mostrati dagli infermieri in 7 sessioni (1 ora ciascuna), con supervisione di uno psichiatra. È stato presentato tre volte, all'inizio, dopo 6 mesi e dopo 12 mesi. Gruppo di controllo (Informazione psicosociale non specifica): Un'ora con informazioni orali sulla schizofrenia e sul trattamento.
6	Chan, S. H.-W., Lee, S. W.-K., & Chan, I.	TRIP: A psycho-educational programme in Hong Kong for people with	Studio controllato randomizzato.	Valutare l'efficacia della <i>Transforming Relapse and Instilling Prosperity</i> (TRIP) in confronto alla	81 partecipanti, 44 nel gruppo di intervento e 37 nel gruppo di confronto (età 18-65 anni). Inclusi	Gruppo di intervento (TRIP): Programma di 2 settimane, che include 10 sessioni, della durata

	W.-M., (2007), Hong Kong	schizophrenia. Occupational Therapy International.		tradizionale <i>Ward Occupational Therapy</i> (WOT) nei pazienti affetti da schizofrenia per migliorare l'aderenza terapeutica, la recidiva, l' <i>insight</i> e la salute dei pazienti.	pazienti con diagnosi di schizofrenia o disturbo schizo-affettivo, condizione mentale stabile dopo il ricovero, reclutamento volontario. Esclusi se diagnosi concomitante di abuso di sostanze, sindromi cerebrali organiche o ritardo mentale.	di 50 minuti, condotte da terapeuta occupazionale. Gruppo di controllo (WOT): servizio di terapia occupazionale tradizionale (attività ricreative e di lavoro e attività quotidiane più complesse).
7	Vreeland, B., Minsky, S., Yanos, P. T., Menza, M., Gara, M., Kim, E., Toto, A. M., & Allen, L., (2006), USA	Efficacy of the team solutions program for educating patients about illness management and treatment.	Studio controllato randomizzato.	Valutare l'efficacia del programma psicoeducativo <i>Team Solutions</i> in confronto all'usuale trattamento, per migliorare le conoscenze e self-management della malattia.	71 pazienti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo; età 35-64 anni. Gruppo di <i>Team Solution</i> 40; gruppo di controllo 34. Esclusi chi aveva una diagnosi sospetta di demenza o ritardo mentale.	Gruppo di intervento: Programma di incontri, 2x die per 2x settimana. Ogni incontro della durata di un'ora, è stata offerta psicoeducazione rispetto alla patologia. Gruppo di controllo: Consistente nella continuazione del trattamento come al solito (aree di lavoro, gruppi psicoeducativi su farmaci, stress, salute fisica).

Tabella 6. *Design.*

Tabella 7. *Metodo e risultati.*

Nr	Autore, (anno), Paese	Variabili e scale di misurazione	Outcomes	Limitazioni
1	Yanagida, N., Uchino, T., & Uchimura, N. (2017), Giappone	1 settimana pre- e 1 settimana post-intervento: . Valori di equivalenza di Chlorpromazine (CP) per calcolare la quantità della terapia farmacologica;	. CP: risultato non significativo tra i valori pre e post-intervento (valore p=0.326); . GAF: risultato non significativo tra i valori pre e post-intervento (valore p=0.91); . KIDI: risultato significativo, miglioramenti soprattutto nelle voci "Conoscenza degli effetti dei tranquillanti", "Conoscenza dell'uso continuato di	. Manca il gruppo di controllo. . La funzione neurocognitiva e i sintomi non sono stati analizzati a causa dell'onere nei confronti dei pazienti che avrebbero comportato i test valutativi. . Viene valutato solo l'impatto a corto termine.

		<ul style="list-style-type: none"> . Global Assessment of Functioning (GAF) per valutare la salute mentale; . Drug Attitude Inventory-10 (DAI-10) per valutare il comportamento del paziente rispetto alla terapia farmacologica; . Knowledge of Illness and Drugs Inventory (KIDI) per valutare la conoscenza della malattia e dei farmaci. . Cartelle cliniche per genere, età, malattia, data di ammissione, periodo di ricovero. 	<p>tranquillanti" e "Conoscenza delle iniezioni" (valore $p=0.001$);</p> <ul style="list-style-type: none"> . DAI-10: risultato significativo, migliorati gli atteggiamenti positivi verso l'assunzione dei farmaci e la conoscenza degli effetti collaterali (valore $p=0.43$). <p>Questo studio dimostra che la psicoeducazione ha un effetto positivo sul miglioramento dell'aderenza farmacologica nei pazienti affetti da schizofrenia e disturbo schizoaffettivo ricoverati a lungo termine.</p>	
2	Sauvanaud, F., Kebir, O., Vlasie, M., Doste, V., Amado, I., & Krebs, M.-O. (2016), Francia	<p>1 mese pre- e 1 mese post-intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Global Assessment of Functioning (GAF) per valutare la salute mentale (in modo retrospettivo); . L'auto questionario Subjective Quality of Life (S-QoL) per la qualità di vita soggettiva; . Auto questionario IQ8, per valutare l'<i>insight</i>; . Medication Adherence Rating Scale (MARS) per valutare la compliance al farmaco; . Cartelle cliniche per dati sociodemografici, numero di ricoveri prima e dopo il programma, trattamenti prescritti. 	<ul style="list-style-type: none"> . GAF: risultato significativo ($p= 0.008$) tra i valori pre e post-intervento; . S-QoL: risultato significativo tra i valori pre e post-intervento nella sottovoce "benessere psicologico" (valore $p=0.03$). Punteggio globale e di altre sottovoci lievemente migliorato, ma non statisticamente significativo ($p=0.36$). . MARS: risultato significativo tra i valori pre e post-intervento (valore $p=0.03$); . IQ8: aumento lieve, ma risultato non significativo ($P=1$). <p>Lo studio dimostra l'efficacia di un programma educativo terapeutico di gruppo sulla qualità di vita, l'esperienza soggettiva del benessere e l'aderenza farmacologica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Il numero dei partecipanti che è ristretto. . La scala IQ8 è dipendente dal valutatore e non è stata convalidata rispetto <i>al gold standard</i>, il che ne limita l'affidabilità per l'uso nella valutazione <i>dell'insight</i>. . La GAF è stata calcolata in maniera retrospettiva, con potenziale rischio di <i>bias</i> di valutazione. . <i>Bias</i> d'inclusione nella selezione del campionario.
3	Matsuda, M., & Kohno, A. (2016), Giappone	<p>Prima e dopo l'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Medication Perception Scale for Patients with Schizophrenia (MPS) per valutare il grado di accettazione della malattia e della necessità di assumere farmaci; 	<ul style="list-style-type: none"> . GAF: risultato significativo ($p= 0.008$) tra i valori pre e post-intervento; . MPS: risultato significativo ($p<0.01$) tra valori pre e post-intervento e interazione gruppo x tempo); sottoscale: interazione gruppo x tempo ha avuto effetto significativo su "efficacia del farmaco" 	<ul style="list-style-type: none"> . Gruppi non omogenei in quanto pazienti non assegnati ai gruppi in modo casuale. . Valutazione del programma solo sul breve termine.

		<p>. Drug Attitude Inventory–10 Questionnaire (DAI-10), per valutare l'aderenza farmacologica.</p> <p>. Knowledge of Illness and Drugs Inventory (KIDI) per valutare la conoscenza della malattia e dei farmaci.</p> <p>. Global Assessment of Functioning (GAF) per valutare la salute mentale (in modo retrospettivo).</p> <p>. Cartelle cliniche per età, genere, numero ricoveri, trattamenti antipsicotici prescritti.</p>	<p>($p < 0.01$) e effetto significativo sul tempo per “paura di interrompere il trattamento” ma il tempo non ha avuto effetto significativo su “preoccupazioni per gli effetti collaterali”.</p> <p>. DAI-10: influenzato significativamente da interazione gruppo x tempo ($p < 0.01$);</p> <p>. KIDI: effetto significativo del tempo sul punteggio totale ($p \leq 0.01$) e su “conoscenza dei farmaci” ($p \leq 0.01$), questi non sono stati significativamente influenzati da interazione gruppo x tempo.</p> <p>È stato dimostrato che la NPE è utile per migliorare l'accettazione della terapia farmacologica nei pazienti affetti da schizofrenia.</p>	<p>. Programma rivolto a pazienti in fase acuta.</p>
4	<p>Von Maffei, C., Görges, F., Kissling, W., Schreiber, W., & Rummel-Kluge, C, (2015), Germania</p>	<p>Prima (T0), 15gg (T1) e 5-6 mesi (T2) dopo l'intervento.</p> <p>Autovalutazione:</p> <p>. Knowledge of Illness about Schizophrenia Questionnaire, per valutare le conoscenze;</p> <p>. Medication Adherence Rating Scale (MARS) per valutare l'aderenza terapeutica;</p> <p>. Singoli item per valutare percezione su qualità di vita, l'informazione della malattia, soddisfazione con la salute, vigore degli effetti collaterali della terapia.</p> <p>Valutazione esterna (T0 e T1 svolte dagli infermieri, T2 svolta dal medico/psichiatra):</p> <p>. Scala 4-punti per la <i>compliance</i>;</p> <p>. Scala 3-punti per l'<i>insight</i>;</p> <p>. Cartella clinica per frequenza e durata delle reospedalizzazioni.</p>	<p>Autovalutazione:</p> <p>. Knowledge of Illness about Schizophrenia Questionnaire: risultato significativo tra i valori pre e post-intervento ($p < .001$);</p> <p>. MARS: risultato significativo tra i valori pre e post-intervento ($p < .001$);</p> <p>. Singoli item: informazioni sulla malattia aumentate ($p < .001$); valutazione maggiore della qualità di vita ($p < .001$); soddisfazione più alta della salute ($p < .001$); la valutazione soggettiva della forza degli effetti collaterali farmacologici non è diminuita ($t < 1$).</p> <p>Valutazione esterna:</p> <p>. Aumento significativo dell'<i>insight</i> ($p < 0.01$);</p> <p>. La frequenza e la durata del ricovero non sono cambiati in modo significativo post-intervento ($p > .140$).</p> <p>Per i valori di T2 (effetti a lungo termine), sono disponibili per la metà dei pazienti:</p> <p>. La <i>compliance</i> valutata da infermieri e medici ha valore significativo ($p < .01$),</p> <p>. La conoscenza della malattia era ancora elevata a T2;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manca il gruppo di controllo. - Pazienti con disturbo schizoaffettivo non sono stati inclusi.

			<p>. lo stesso vale per: MARS, T0 ($p<.038$) e T2($p<.883$); Singoli item Qualità di vita percepita T0 ($p<0.05$) e T2 ($p=.509$), Soddisfazione con la salute T0 ($p<.05$) e T2 ($p=.533$); Insight T0 ($p<.05$) e T2 ($p=.567$).</p> <p>I risultati evidenziano aumento delle conoscenze rispetto la malattia, la <i>compliance</i> e la comprensione della malattia sono aumentate, così come la qualità di vita.</p>	
5	Chabannes, J.-P., Bazin, N., Leguay, D., Nuss, P., Peretti, C.-S., Tatu, P., Hameg, A., Garay, R. P., & Ferreri, M., (2008), Francia	<p>3, 6, 12, 18 e 24 mesi dopo l'inizio dello studio.</p> <p>. Tasso di recidiva dopo 1 e 2 anni (definito come episodio che porta al ricovero in ospedale); Dopo 2 anni di follow-up:</p> <p>. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) e la Clinical Global Impressions (CGI) per valutare l'evoluzione clinica;</p> <p>. Psychosocial Skill Scale (EAPS) per l'attitudine psicosociale;</p> <p>. Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR) per il funzionamento sociale;</p> <p>. Short Form Health Survey (SF-36) per la qualità di vita;</p> <p>. Rating of Medication Influences (ROMI) <i>scale</i>, per la compliance al trattamento.</p>	<p>. Recidiva dopo 1 e 2 anni: nel gruppo Soleduc sono minori le ricadute rispetto al gruppo di controllo con differenza importante dopo 1 anno di follow up, ma i risultati non hanno raggiunto la significatività statistica;</p> <p>Dopo 2 anni di follow:</p> <p>. PANSS e CGI: risultato non significativo tra i valori pre e post-intervento;</p> <p>. EAPS: risultato non significativo tra i valori pre e post-intervento;</p> <p>. SAS-SR: risultato non significativo tra i valori pre e post-intervento;</p> <p>. ROMI: risultato non significativo tra i valori pre e post-intervento.</p> <p>In conclusione, l'educazione del paziente non ha avuto un'efficacia significativa nei pazienti schizofrenici presi nel loro insieme, ma in modo significativo ha ridotto rischio di recidiva.</p>	<p>. I gruppi erano troppo piccoli e così anche la dimensione del campione.</p> <p>. Non si è valutata la funzione cognitiva.</p>
6	Chan, S. H.-W., Lee, S. W.-K., & Chan, I. W.-M., (2007), Giappone	<p>Prima e 12 mesi dopo gli interventi:</p> <p>. Medical Outcomes Study, Short Form-36, Hong Kong version (SF-36) per valutare la salute;</p>	<p>. SF-36: miglioramenti in tutti i punteggi della scala nel trattamento con TRIP rispetto al programma WOT. Miglioramento significativo tra i valori pre e post-intervento di TRIP in: "comprensione" ($p=0.033$); "salute fisica" ($p=0.004$); "salute mentale" ($p=0.000$).</p> <p>. SUMD: miglioramento significativo ($p=0.33$).</p>	<p>. Dimensione troppo piccola del campione.</p> <p>. Inclusi solo uomini di una specifica area geografica.</p> <p>. L'indicatore "riammissione in ospedale", potrebbe non essere efficace per rilevare e valutare la</p>

		<p>. Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD) per valutare l'<i>insight</i>;</p> <p>. La ricidiva è stata definita come il numero di ricoveri durante il periodo di follow-up di 3-12 mesi.</p>	<p>. Recidiva. Follow-up 3-12 mesi programma TRIP tassi di riammissioni più basso rispetto al WOT. Follow-up 9-12 mesi i tassi di riammissione erano rispettivamente: programma TRIP 13,64% e WOT 21,62%. Follow-up di 12 mesi, Odds Ratio grezzo di 1,75, quindi rischio di recidiva maggiore di 1,75 per chi ha preso parte al programma WOT.</p> <p>Lo studio dimostra il beneficio della TRIP su fattori di <i>insight</i> e salute, aumentando la conoscenza dei pazienti in relazione alla salute mentale. I tassi di riospedalizzazione sono minori per la TRIP. Si suggerisce che un programma di psicoeducazione come TRIP potrebbe anche essere implementato in una fase acuta della malattia.</p>	ricaduta, in quanto potrebbero esserci diverse cause.
7	Vreeland, B., Minsky, S., Yanos, P. T., Menza, M., Gara, M., Kim, E., Toto, A. M., & Allen, L., (2006), USA	<p>Per valutare il sapere:</p> <p>. Knowledge About Schizophrenia Questionnaire (KASQ)</p> <p>. Team Solutions comprehensive knowledge assessment scale (TCKAS)</p> <p>. Team Solutions Individual Workbook Knowledge Assessment</p> <p>. Treatment Compliance Interview (TCI), per valutare l'aderenza al farmaco;</p> <p>. Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS) e Clinical Global Impression (CGI) per valutare i sintomi;</p> <p>. Global Assessment of Functioning-Disability Scale (GAF-DIS) e Psychological General Well-Being Scale (PGWB), per valutare il funzionamento e la qualità di vita;</p>	<p>. TCKAS: incremento nel gruppo Team Solution, effetti significativi sulla gravità ($p < 0.02$) e per interazione del trattamento e sessione della valutazione ($p < 0.01$);</p> <p>. KASQ: incremento nel gruppo Team Solution, differenze significative ($p < 0.05$);</p> <p>. PGWB: sottoscala "concetto di sé" risultati pre/post-test statisticamente significativi ($p < 0.05$).</p> <p>. Non ci sono stati altri risultati significativi.</p> <p>Nel complesso, lo studio non ha dimostrato che il programma Team Solutions fosse vantaggioso per i pazienti studiati rispetto allo stato clinico. Vi è stato però un miglioramento significativo nella misura dell'esito primario della conoscenza della malattia.</p>	<p>. Periodo breve dello studio (solo un anno).</p> <p>. La fascia di età dei partecipanti e il setting della somministrazione dell'intervento, privilegiato.</p>

		<ul style="list-style-type: none">. Recovery Attitudes Questionnaire (RAQ), per valutare atteggiamenti rispetto il potenziale di guarigione;. Rating of Medication Influences (ROMI) <i>scale</i>, per valutare influenze negative (ROMI-NEG) e positive (ROMI-POS) sull'aderenza ai farmaci.. IAPSRs Toolkit per misurare mastery ed empowerment.		
--	--	--	--	--

10.2. Allegato 2. Scheda dei Segni Precoci di Crisi

SEGNALI PRECOCI DI CRISI

Nome _____ Data _____

I miei segnali precoci di crisi sono:

1. _____
2. _____
3. _____

Quando noto qualunque di questi segnali devo:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

Il mio operatore di riferimento è _____

Tel _____

Il mio medico è _____

Tel _____

La persona da contattare a casa mia è _____

Tel _____

Se ho qualche preoccupazione riguardo il mio disturbo o il mio trattamento contatterò immediatamente: _____

Tel _____

10.3. Allegato 3. Fiches Losanna TIPPS: la psicosi

LA PSICOSI / SCHEDA 11

Mi sento diverso



Sin dal 6° anno di scuola in classe Eleonora si sentiva diversa. Questa impressione si è accentuata ulteriormente negli ultimi tempi, ma lei non riesce esattamente a spiegare questa sua diversità.

Si sente veramente "un'altra"; questo deriva dal provare diversi sentimenti confusi.

Ad esempio, non si pone le stesse domande come i suoi amici; a volte lei non capisce perché tutti ridano di una battuta scherzosa; questo non avviene perché trovi la battuta di cattivo gusto, ma soltanto perché non la comprende. A volte pensa di vivere su un altro pianeta.

Il sentimento confuso di non sentirsi parte dell'ambiente, il dover riflettere su cose che per gli altri sono naturali e ovvie, il porsi delle domande sulla vita che per gli altri sono banali, sono elementi imbarazzanti in quanto non riusciamo a spiegarcelo e tanto meno a parlarne con nessuno.

Questo sentimento, se persiste, può portarci a isolarci, a vergognarci di noi stessi. Le relazioni con gli altri richiedono molti sforzi, e non si prova tanto piacere nell'instaurarle.

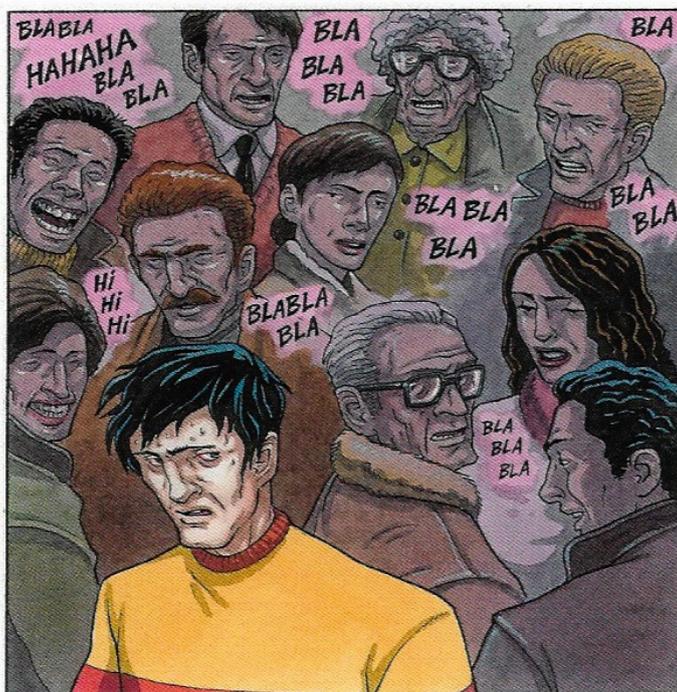
Il modo in cui questo sentimento di sentirsi diversi si manifesta in ognuno di noi, è molto variabile. I professionisti della psichiatria sanno che questi sentimenti possono esistere e che sono molto difficili da esprimere.

Loro possono aiutarci a veder più chiaro dentro di noi, cercando insieme delle espressioni o delle immagini che descrivono al meglio questo malessere. È importante poter fare questo lavoro perché esso permette di gestire al meglio le difficoltà e di evitare che esse invadano troppo la nostra vita.

10.4. Allegato 4. Fiches Losanna TIPPS: cannabis e psicosi

CANNABIS E PSICOSI / SCHEDA 2

Dopo aver fumato una canna
ho l'impressione che tutto il mondo mi
critichi o che parli di me.
Ogni tanto sento delle voci o ho
delle visioni



È risaputo che l'intossicazione acuta da cannabis può causare uno stato psicotico acuto simile alla "schizofrenia" con "paranoia", allucinazioni (voci, visioni) e un sentimento di angoscia e ostilità da parte degli altri.

In alcune persone particolarmente sensibili a questa sostanza, si può sviluppare uno stato psicotico che continua nel tempo, specialmente se il consumo è importante e quotidiano.

In persone che soffrono già di psicosi, la cannabis ne aggrava i sintomi e può portare a delle nuove ricadute della malattia con delle conseguenze spesso negative sulla persona (ricoveri, aumento dei farmaci, cessazione o difficoltà nello svolgimento delle attività, degli studi, ecc.)

10.5. Allegato 5. Fiches Losanna TIPPS: *retablissement* e psicosi

RETABLISSEMENT E PSICOSI / SCHEDA 2

“NON LASCIATE CHE UNA DIAGNOSI VI IMPEDISCA DI AVERE UNA VITA RICCA E PIENA”

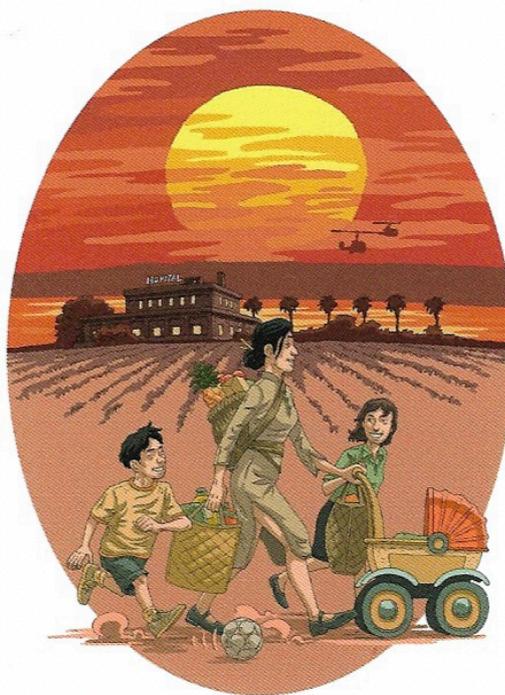
Questa frase è di Meera Popkin che è stata Miss Saigon nella commedia musicale dallo stesso titolo.

Un giorno tutto è crollato. Le viene annunciato che soffre di schizofrenia. Perde il lavoro, il suo appartamento, il suo compagno, la sua macchina e per finire, perde la fiducia in sé stessa.

Dopo questo periodo di disperazione, riprende coraggio. Ricomincia a lavorare come cameriera e anche a recitare in piccoli ruoli. Ricomincia ad uscire con gli amici e riprende fiducia in sé. Accetta e capisce meglio la sua malattia e la sua terapia dopo averne parlato spesso con i suoi curanti.

Adesso si è sposata e ha dei figli. Stenta ancora a crederci, lei, che all'inizio pensava che avrebbe passato il resto dei suoi giorni in un manicomio! Si chiede ancora, a volte, come abbia fatto per ristabilirsi...

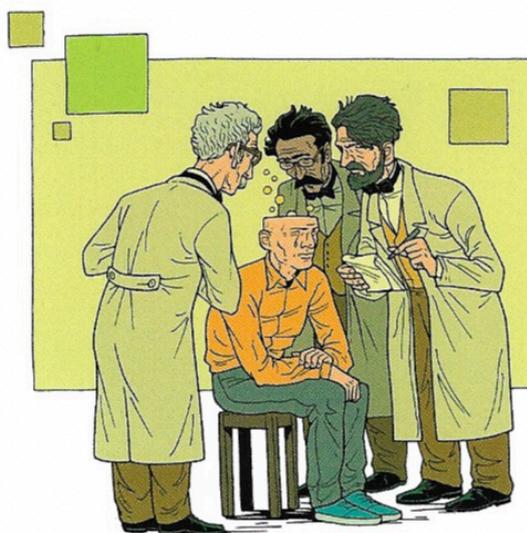
Il fatto che abbia rifiutato di credere che la psicosi determina l'intera vita di una persona è stato probabilmente l'ingrediente più importante della sua riuscita.



10.6. Allegato 6. Fiches Losanna TIPPS: psicosi e medicinali

PSICOSI E MEDICAMENTI / SCHEDA 5

Ho male all'anima, non alle molecole!!



Martin si sente male, sente delle voci che lo angosciano, è triste e prova molta sofferenza da alcune settimane. Tuttavia, quando il medico gli propone dei medicinali, li rifiuta dicendo: **“Mi sento male, sono triste, ma non è una questione chimica, sono dei sentimenti. Ho male all'anima, non alle molecole!”**.

Per molto tempo, gli psichiatri hanno faticato a mettersi d'accordo:

- certi dicevano che la psicosi era un problema psicologico, che dipende da avvenimenti della vita e dalle difficoltà incontrate nel corso dell'esistenza che si dovevano risolvere con la psicoterapia.
- altri dicevano che la psicosi è una malattia del cervello, un problema biologico, e che servivano dunque soprattutto dei farmaci.

Oggi sappiamo che si tratta un po' di entrambe le cose. La malattia si manifesta spesso in un contesto di avvenimenti di vita difficili, ma la biologia gioca anche un ruolo. La stragrande maggioranza dei curanti è d'accordo sul fatto di combinare e associare i due tipi di terapia: medicinali e psicoterapia.

Nella psicosi, l'equilibrio della persona si ristabilisce appoggiandosi su diversi pilastri: le risorse del paziente, il sostegno dei curanti e dei familiari, la discussione, la psicoterapia e i medicinali.

Una volta che l'equilibrio è ben ristabilito, che le risorse del paziente sono nuovamente solide, possiamo togliere progressivamente gli altri pilastri; si esce dall'ospedale, si ha meno bisogno dei curanti e si può progressivamente diminuire, o addirittura interrompere l'assunzione di farmaci.



Questa pubblicazione, *“L'importanza della psicoeducazione rivolta al paziente affetto da schizofrenia in ambito riabilitativo. Una revisione della letteratura.”* scritta da Giovanna Negri, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.