

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA QUALITÀ DI VITA DEL PAZIENTE CON
SCHIZOFRENIA: IL PROCESSO DI RECOVERY**

Relatore: Prof. Camuccio Carlo Alberto

Laureanda: Dinu Liliana Elena

Matricola:1235552

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

Background: Il Recovery è definito come un "*processo di progresso intrinseco e non lineare, generato principalmente dal ruolo di attore che l'individuo assume per ricostruire il proprio senso di sé e per gestire lo squilibrio tra forze interne ed esterne con l'obiettivo di tracciare un percorso attraverso il mondo sociale e ritrovare un senso di benessere a tutti i livelli biopsicosociali*" (Noiseux e Ricard, 2005). Ha un significato specifico perché si riferisce alla possibilità che anche in presenza di un disturbo psichiatrico cronico come la schizofrenia ci sia speranza per una vita che abbia valore. L'individuo può dare ancora un contributo alla società, può aspettarsi di vivere in modo indipendente e dignitoso. (Skuse, 2012). Va migliorata la qualità di vita di questi utenti e favorita la loro autonomia ed emancipazione anche dalla dipendenza dei servizi, in modo da potenziare le loro capacità di scelta e di azione (Dell'Acqua, 2013). La schizofrenia è stata tradizionalmente vista come una condizione cronica, che coinvolge diverse dimensioni cliniche, provocando disabilità significative, con una prospettiva della qualità di vita inferiore, rispetto alla popolazione generale, che compromette l'abilità sociale dell'individuo; devono lottare contro l'esclusione sociale.

Le alterazioni delle funzioni cognitive, particolarmente della memoria continuano ad avere un impatto assai sfavorevole sulle attività della vita quotidiana della persona con schizofrenia, rappresentando inoltre uno dei determinanti principali dell'aderenza ai trattamenti e dell'esito psicosociale a lungo termine del disturbo.

OBIETTIVO: Lo scopo di questo elaborato di tesi è verificare tramite un'analisi della letteratura le attitudini alla *Recovery* negli infermieri, che lavorano nell'ambito di salute mentale verso la persona affetta da schizofrenia.

MATERIALI E METODI: È stata eseguita una ricerca mediante siti di informazione accertati quali Ministero della Salute, sito ufficiale dell'OMS, Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica e all'interno della banca dati PubMed. Sono state utilizzate parole libere, per risalire agli articoli presenti in letteratura, inerenti all'argomento. Sono stati presi in

considerazione articoli pubblicati negli ultimi 10 anni. Dalla revisione bibliografica sono stati selezionati 8 articoli che rispondevano al quesito di ricerca.

RISULTATI: I risultati della revisione suggeriscono che le abilità degli infermieri orientate alla recovery hanno portato ad una assistenza infermieristica sensibile, che sa come comprendere le esperienze vissute da parte delle persone affette da schizofrenia, mostrando compassione, creando dialogo, ascolto attivo e dare del tempo a loro per poter condividere le proprie esperienze.

CONCLUSIONE: Gli interventi infermieristici vanno indirizzati verso le persone che vivono con la schizofrenia in modo tale che possano identificare le proprie chiavi per il benessere; i punti di riferimento che daranno loro un nuovo senso di sé; individuare le fonti di motivazione nonostante la loro angoscia tornando allo stato in cui erano prima della malattia. Quindi, il recupero è possibile, ma rappresenta un processo altamente personale, unico e continuo; l'auspicio, rivolto non soltanto alla comunità scientifica, ma anche alle istituzioni governative, è collegabile ad azioni concrete tese alla progressione, e allo sviluppo, di approcci orientati al recupero del paziente, nel lavoro clinico, nella valutazione, nella ricerca e nella formazione.

Keywords: *“schizophrenia”, “recovery”, “quality of life”, “mental health”, “nurse”, “psychiatric nursing”, “stigma”, “discrimination”, “family treatment”*

Parole chiave: schizofrenia, recovery, qualità di vita, salute mentale, infermieri, recupero, stigma, discriminazione, trattamento familiare

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO	5
1.1 Definizione di Salute Mentale	5
1.2 Definizione di Disturbo Mentale	6
1.3 La schizofrenia.....	7
1.3.3 Segni e sintomi.....	11
1.3.4 Approccio terapeutico.....	14
CAPITOLO 2: RECOVERY NELLA SCHIZOFRENIA	17
2.1 Recovery	17
2.2 Recovery come superamento dei limiti connessi alla schizofrenia	19
2.3 L’infermiere, una guida del processo Recovery	20
2.4 Famiglia, come individui preposti alle cure.....	22
2.5 Prevenzione e lotta allo Stigma: un pregiudizio e una barriera allo sviluppo della recovery.....	23
CAPITOLO 3: MATERIALI E METODO	27
3.1 Obiettivo della ricerca.....	27
3.2 Quesito della ricerca	27
3.3 Fonti di ricerca	27
3.4. Criteri di inclusione ed esclusione	28
CAPITOLO 4: I RISULTATI	29
4.1 Commenti agli articoli selezionati	30
CAPITOLO 5: CONSIDERAZIONI FINALI E CONCLUSIONI	43
5.1 Conclusione e discussione dati	43
SITOGRAFIA	
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUZIONE

“Recovery significa trovare le parole più adatte a recuperare e mantenere una propria identità. Non sei il disturbo. Sei una persona, un essere umano che per qualche ragione deve avere a che fare con un’immensa sofferenza.”

Boevink e Corstens

La schizofrenia è una patologia con connotazioni complesse, andamento, sostanzialmente, crescente, e con esiti, probabili, contraddistinti da inabilità permanente; di conseguenza, gli obiettivi clinici, prevalentemente negli ultimi tempi, si sono focalizzati sul mantenimento della terapia farmacologica e sul soddisfacimento dei bisogni primari. Il paradigma di una malattia caratterizzata da deterioramento e invalidità permanente ha retto per diversi anni; la prognosi sfavorevole contrasta, nella pratica, con diversi casi di pazienti che hanno riacquisito la propria autonomia, andando incontro ad una ripresa duratura, oltreché un ripristino delle capacità intellettive, cognitive, relazionali e lavorative. Negli ultimi due decenni, le organizzazioni di assistenza sanitaria mentale hanno applicato diverse pratiche di riabilitazione psichiatrica. L’obiettivo è aiutare le persone con problemi di salute mentale complessi e a lungo termine a sviluppare le abilità emotive, sociali e pratiche necessarie per vivere, imparare e lavorare nella comunità con il minor supporto professionale. Giova rimarcare come, nella pratica clinica non è possibile parlare di guarigione ma, in maniera più appropriata, di recupero; tale concetto è orientato al raggiungimento di un livello di salute ottimale, oltreché ad un ritorno delle normali condizioni di vita. Aspetti importanti del recupero sono: la speranza, l’empowerment e la sensazione di vivere una vita soddisfacente nonostante i sintomi della malattia. Sono stati sviluppati diversi approcci per aiutare le persone a identificare e raggiungere i propri obiettivi individuali, tra cui vivere in modo indipendente, prendersi cura di sé, ottenere e rimanere nel mondo del lavoro, partecipare a contesti educativi di routine, sviluppare migliori relazioni con le loro famiglie e perseguire attività ricreative.

Questo lavoro di tesi è rivolto alla valutazione dell’orientamento al Recovery del Servizio di Salute Mentale, l’unico intervento che restituisce alla persona un ruolo sociale rimuovendo tutte le barriere costruite dalla disabilità, che comporta una riduzione della gravità dei sintomi psicotici e dell’uso di farmaci; di conseguenza avrà un minor numero di ricoveri oppure di minore durata e garantisce una prevenzione delle ricadute di malattia. Vuol far notare l’efficacia delle pratiche utilizzate da parte degli infermieri che possano fare da guida a tutti

gli utenti affetti da schizofrenia, nella cura della loro salute, attraverso lo svolgimento di quelle attività, di loro interesse che caratterizzano una vita normalmente vissuta.

Per questo si sta evolvendo verso un modello più completo per il trattamento della schizofrenia orientato sul Recovery che incoraggia la collaborazione attiva tra pazienti, operatori sanitari e professionisti della salute mentale per gestire e progettare un piano di assistenza personalizzato e completo. Si concentra sulla massimizzazione del funzionamento adattivo e della qualità della vita dei pazienti supportandoli nella realizzazione dei loro obiettivi, gestendo la loro vulnerabilità, migliorando la qualità del loro ambiente sociale e aiutandoli a controllare i sintomi. A ben vedere, le possibilità di recupero possono dar luogo a definizioni diverse; la ricerca riguardante il recupero si è attenuta, essenzialmente, a un modello medico della schizofrenia, valutando i risultati con misure dei sintomi, dell'ospedalizzazione e del ripristino delle condizioni pregresse.

A tali parametri, è possibile associare gli esiti psicosociali, anche se continuano ad essere adoperate misure oggettive come lo stato occupazionale e le attività sociali; per il soggetto affetto, il recupero è da intendere in senso positivo, configurabile, quindi, come la possibilità di vivere una vita significativa. In tale ottica, un modello di recupero incentrato sul paziente è indispensabile per lo sviluppo dei servizi orientati al recupero.

Parliamo di un approccio alla malattia cronica, che consiste nel lavorare “*con il paziente e non per il paziente*” (Carozza, 2006) ed implica una precisa postura professionale, un modo di pensare ed agire nel prestare assistenza ai malati per metterli in condizione di gestire più autonomamente possibile la loro malattia e cura.

CAPITOLO 1: QUADRO TEORICO

1.1 Definizione di Salute Mentale

La salute mentale è uno stato di benessere mentale che consente alle persone di far fronte allo stress della vita, realizzare le proprie capacità, imparare e lavorare bene e contribuire alla propria comunità. È una componente integrante della salute e del benessere che è alla base delle nostre capacità individuali e collettive di prendere decisioni, costruire relazioni e plasmare il mondo in cui viviamo. La salute mentale è un diritto umano fondamentale ed è parte integrante, componente della salute e del benessere ed assenza di disturbo mentale. (*World Mental Health Report, 2022*)

A giugno 2022 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dopo un lavoro durato quasi due anni, ha lanciato *“il rapporto sulla salute mentale mondiale: trasformare la salute mentale per tutti, progettato per ispirare e informare una migliore salute mentale per tutti ovunque”*. Attingendo alle ultime evidenze disponibili, mostrando esempi di buone pratiche da tutto il mondo e dando voce all'esperienza vissuta delle persone, evidenzia *perché* e *dove* il cambiamento è più necessario e come può essere raggiunto al meglio. A livello globale, i bisogni di salute mentale sono ovunque elevati e le risposte insufficienti e spesso inadeguate; inoltre, la salute mentale è stata, per decenni, una delle aree più trascurate della salute pubblica, ricevendo solo una minima parte delle risorse necessarie. L'OMS sottolinea, in questo contesto, la necessità urgente di trasformare la salute mentale e la qualità della cura in salute mentale. (*SIEP, 2022*). La salute mentale, come altri aspetti della salute, può essere influenzata da diversi fattori socio-economici sui quali è necessario agire con delle strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e recovery in un approccio di government globale. (*World Mental Health Report, 2022*)

Il documento prodotto dall'OMS prevede all'interno, un piano d'azione globale per la salute mentale 2013-2030, che riguarda la necessità di potenziare i servizi di salute mentale. È stata raccomandata l'adozione di un approccio integrato in cui vengono trasformati i nostri atteggiamenti, le nostre azioni ed i nostri approcci per promuovere e proteggere la salute mentale e per prendersi cura di chi ha bisogno

Per fare ciò, sostiene l'OMS, dobbiamo trasformare gli ambienti che influenzano la salute mentale e sviluppare Servizi di Salute Mentale basati sulla comunità capaci di offrire una

copertura sanitaria universale, integrando la salute mentale nell'assistenza sanitaria di base, lavorando sulla prevenzione, sulla promozione dei diritti umani, sull'accesso universale a cure di qualità, sul superamento di ogni stigma o discriminazione. (SIEP, 2022.)

1.2 Definizione di Disturbo Mentale

Secondo International Classification of Disease ICD-11, il disturbo mentale è caratterizzato da un disturbo clinicamente significativo nella cognizione, nella regolazione emotiva o nel comportamento di un individuo accompagnati da sofferenza o difficoltà nelle abilità sociali, occupazionali ed altre attività importanti. Di solito è associato a disagio o compromissione in importanti aree di funzionamento. Possono anche essere indicati come condizioni di salute mentale. (*World Mental Health Report, 2022*)

Sostiene l'OMS che nel 2019, quasi un miliardo di persone nel mondo (incluso il 14% di adolescenti) ha presentato un disturbo mentale; una persona su 100 è deceduta per suicidio e nel 58% dei casi il suicidio si è verificato prima dei 50 anni. I disturbi mentali costituiscono la principale causa di disabilità e le persone affette da gravi disturbi mentali muoiono in media da 10 a 20 anni prima rispetto alla popolazione generale, spesso per patologie fisiche per le quali è possibile agire in termini di prevenzione. (SIEP, 2022)

Prima della pandemia, nel 2019, si stima che lo fossero circa 970 milioni di persone nel mondo che convive con un disturbo mentale, tra il 2019 e 2000 si stima che il 25% in più di persone convivesse con disturbi mentali, ma dal momento che la popolazione mondiale è cresciuta approssimativamente allo stesso ritmo la prevalenza dei disturbi mentali è rimasta stabile, intorno al 13%. (*World Mental Health Report, 2022*)

Attualmente, per le diagnosi del disturbo mentale si possono consultare i due manuali diagnostici intitolati:

-L'ICD (International Classification of Disease Death) è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS-WHO). La classificazione ICD fornisce un linguaggio comune per codificare le informazioni relative alla morbilità e mortalità in modo da disporre di dati comparabili per le

statistiche e il monitoraggio epidemiologico. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ultimato nel 1994 la pubblicazione dei tre volumi della ICD-10, di cui l'Ufficio di Statistica del Ministero della salute, congiuntamente all'Istituto Nazionale di Statistica, ha curato la traduzione in lingua italiana. Al momento, la classificazione ICD-10 è adottata in Italia per la codifica delle cause di morte nella rilevazione ISTAT sui decessi. Il processo di revisione della classificazione ICD è già avviato e la versione 11° è in corso di sviluppo. (*Salute, 2022.*)

- **DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mentale Disorder):** Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, noto anche con la sigla DSM (dall'inglese Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati in ambito internazionale, sia nella pratica clinica sia nell'ambito della ricerca. Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), nato nel 1952 ma diffuso a partire dalla terza edizione nel 1980 (DSM-III), è un progetto ambizioso con il difficile obiettivo di applicare alla psichiatria una metodologia di classificazione il più possibile condivisa per esigenze epidemiologiche, statistiche e cliniche, integrando e uniformando a livello globale quelle conoscenze che prima erano in balia di frammentarie e multiformi scuole di pensiero della malattia. (*Biondi et al., 2014*)

1.3 La schizofrenia

Derivata dal greco 'schizo' (scissione) e 'phren' (mente) con il termine coniato per la prima volta da Eugen Bleuler nel 1908, la schizofrenia è una malattia che è tra le prime dieci cause di disabilità a lungo termine al mondo. *Essa, infatti, si traduce in una trasformazione del sé, conosciuto interiormente, e della persona, nota esternamente agli altri, in quanto è legata al senso interiore di sé e all'identità sociale (Estroff, 1989.)*

Colpisce circa l'1% della popolazione mondiale e rimane una sfida importante per la psichiatria clinica; dal momento che i dibattiti sul concetto e sulla classificazione dei disturbi psicotici si sono protratti per tutto il secolo scorso, ci si potrebbe aspettare che la maggior parte delle principali controversie siano state risolte, ma non è così (Rs et al., 2015). I soggetti affetti da schizofrenia spesso subiscono stigma, discriminazione e violazioni dei loro diritti umani. A livello globale, più di due persone su tre affette da psicosi

non ricevono cure specializzate per la salute mentale; per trattare la patologia è disponibile un complesso di approcci terapeutici efficaci (*Schizophrenia*, 2022).

È un disturbo psicotico funzionale (Hany et al., 2022), caratterizzato da psicosi, apatia, ritiro sociale e deterioramento cognitivo che avrà come percussioni un funzionamento alterato nel lavoro, a scuola, nella genitorialità, nella cura di sé, nella vita indipendente, nelle relazioni interpersonali, nel tempo libero. (Mueser KT & McGurk SR, 2004)

Tra i disturbi psichiatrici, la schizofrenia è il più invalidante e richiede una quota sproporzionata di servizi di salute mentale (Mueser KT & McGurk SR, 2004).

Le persone con schizofrenia abbiano perso il contatto con la realtà, perché viene colpito il modo in cui una persona pensa, sente e si comporta, il che può essere doloroso per loro, per la loro famiglia e i loro amici. Compie un'elaborazione privata e del tutto personale del mondo, che non riesce però, o non senza enorme fatica, a comunicare. Le barriere esistenti fra il mondo interno e quello esterno sono permeabili e fragili. (*Manuale IP6 | PDF*, s.d.)

Il core centrale della schizofrenia è rintracciabile in una grave e profonda distorsione dell'esperienza che il soggetto ha di sé e del mondo, sperimenta “*l'angosciosa difficoltà di essere sé stesso*” (*Biswanger*)

1.3.1 Eziologia

Nel mondo sono colpite circa 24 milioni di persone, ovvero 1 persona su 300; è diventata una preoccupazione primaria dei servizi di salute mentale in tutti i paesi (*World Mental Health Report*, 2022). La prevalenza della schizofrenia, secondo i criteri del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSMV) è di poco inferiore all'1%; generalmente, i soggetti affetti da schizofrenia hanno in media una vita più breve rispetto al resto della popolazione mondiale. Tende a svilupparsi tra i 16 e i 30 anni e per lo più persiste per tutta la vita del paziente. (Mueser KT & McGurk SR, 2004). La causa della schizofrenia è sconosciuta ma come dimostrato da studi, l'evidenza suggerisce che è altamente ereditabile (per esempio se un gemello sviluppa la schizofrenia, l'altro gemello ha circa il 50% di probabilità di sviluppare anche lui la malattia). Lo sviluppo deriva anche da influenze ambientali precoci (per esempio complicanze ostetriche), tali complicanze potrebbero interagire con la vulnerabilità genetica aumentando il rischio, fattori

sociali (per esempio povertà) ed anche da anomalie come per esempio l'iperattività dopaminergica, serotoninergica o l'ipoattività glutaminergica e GABA. (Hany et al., 2022).

La schizofrenia è generalmente riportata come leggermente più frequente negli uomini che nelle donne, con un rapporto di rischio di 1,4/1; pare opportuno menzionare come gli uomini tendono a sviluppare la schizofrenia grave in età più giovane rispetto al sesso femminile.

1.3.2 Classificazione

La psicosi rappresenta un insieme di disturbi psicotici che include la schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, disturbo schizofreniforme e il disturbo delirante, che rappresentano un grave disturbo psichiatrico in cui la percezione, i pensieri, l'umore e il comportamento sono alterati in un modo significativo. Le diverse forme di schizofrenia, designate ciascuna da un aggettivo, corrispondono a un aspetto più evidente della malattia in un determinato momento; tali forme non identificano categorie fisse, poiché è possibile che lo stesso paziente passi da una forma all'altra ed esprima la sua malattia in modo diverso. In tutti i casi, si possono individuare quattro sottotipi che manifestano quadri sintomatologici distinti:

- 1) Schizofrenia semplice;
- 2) Schizofrenia catatonica;
- 3) Schizofrenia paranoide;
- 4) Schizofrenia ebefrenica

1. Schizofrenia semplice

La schizofrenia semplice è un sottotipo poco comune di schizofrenia, descritto per la prima volta da Eugene Bleuler nel 1911 (Black & Boffeli, 1989); l'insorgenza insidiosa di sintomi negativi prominenti e l'assenza di deliri, allucinazioni e disordini del pensiero caratterizzano, clinicamente, la schizofrenia semplice. Tali caratteristiche contribuiscono anche al suo decorso cronico, con un rilevante peggioramento delle relazioni sociali;

nonostante l'incidenza significativa sulla vita del paziente, la schizofrenia semplice non è di agevole diagnosi. Invero, ciò può essere attribuito alla sovrapposizione di sintomi con altri disturbi e alla sua bassa prevalenza (Kendler et al., 1994); è classificata come disturbo psicotico nell'ICD-10.

2. Schizofrenia catatonica

Il termine catatonìa è stato oggetto di diverse specificazioni ed è collegabile a molteplici anomalie psicomotorie e comportamentali; le connotazioni della catatonìa sono state descritte in 1800, da medici di spicco come Kahlbaum e Kraepelin, che hanno definito la catatonìa all'interno della più ampia definizione di *dementia praecox* (Fink et al., 2010). Il DSM-V configura la catatonìa in una categoria autonoma; in tale quadro psicopatologico è possibile classificare tre sottotipi di catatonìa:

-Acinetica;

- Ipercinetica;

- Maligna (Francis, 2010)

L'epidemiologia della schizofrenia catatonica è multivariata; un valore corrispondente al 10% dei pazienti ricoverati nei servizi psichiatrici presenta caratteristiche catatoniche; se da una parte un approccio datato associava la schizofrenia alla catatonìa, studi epidemiologici, portati avanti nel decennio scorso, evidenziano come il 20% dei pazienti con catatonìa ha la schizofrenia, e circa il 45% ha sintomi di disturbi dell'umore (Rosebush & Mazurek, 2010).

3.Schizofrenia paranoide:

I sintomi comuni della schizofrenia paranoide includono allucinazioni uditive e deliri paranoici; i deliri possono indurre la persona a comportarsi in un modo che potrebbe nuocere ad altri o a sé stessi. Sostanzialmente, si attuano delle convinzioni, generalmente irrazionali, che possono causare alla persona che le detiene un comportamento anomalo; sovente, è associato un atteggiamento di delirio, di grandezza o ricollegabile alla falsa convinzione di

possedere qualità superiori come la fama, l'onnipotenza o la ricchezza (Trifu et al., 2019). La schizofrenia paranoide è certamente la forma più comune; l'illusione paranoica, il delirio paranoico, illogico, e l'automatismo mentale sono associate a manifestazioni di disorganizzazione

4. Schizofrenia ebefrenica

Il termine ebefrenia è collegabile ad una delle forme cliniche della schizofrenia; l'ebefrenia è stata descritta per la prima volta da Kahlbaum, nel 1863, e poi ulteriormente elaborata da Hecker (1871) e chiarita da Dide & Guiraud (1956) (Barrera et al., 2019). I temi comuni che caratterizzano il sottotipo riguardano l'assenza di delirio paranoide e la manifestazione di una sindrome dissociativa che, in breve, conduce al ritiro sociale; con un valore pari al 20% dei casi totali di schizofrenia, è contrassegnato da condotte e linguaggi disorganizzati, emozioni piatte o inappropriate, e segni di catonia, ossia perdita dell'iniziativa motoria e insensibilità agli stimoli esterni (Brugnoli, s.d).

1.3.3 Segni e sintomi

I primi anni del 1900 videro inizio della ricerca sulla sindrome clinica della schizofrenia, una sindrome che interferisce notevolmente con il funzionamento dell'individuo, comporta un allontanamento della realtà, spesso includendo false percezioni, pensieri o credenze e parole disordinate. (Larson et al., 2010)

La psichiatria tradizionale si è limitata a definire le sindromi per etichettare il paziente, strappato al suo ambiente e alienato dal contesto sociale, “*costretto*” ad aderire ad una malattia che è una malattia astratta, simbolica e, come tale, ideologica. Tuttavia, l'oggettivazione dell'uomo in una sindrome ha avuto conseguenze irreversibili per le malattie mentali; i pazienti erano originariamente oggettivati e ristretti entro i confini della loro malattia, e la scienza ha confermato che questa categoria è al di fuori dell'umano, poiché vi è la necessità di escludere ciò che non è comprensibile.

La schizofrenia è una sindrome complessa con una combinazione eterogenea di sintomi; di questi, caratteristici, ma non affatto esclusivi, sono classificabili in **positivi, negativi e cognitivi** (Poli, 1999) andando a creare una sofferenza interna compromettendo il pensiero, l'affettività, il comportamento e il funzionamento socio lavorativo della persona.

1. Sintomi psicotici acuti o **positivi**

L'attenzione si è concentrata sulla gestione dei sintomi positivi, come lo dimostra attualmente la presenza di farmaci antipsicotici che trattano principalmente allucinazioni, deliri, pensieri e comportamenti disorganizzati, aggressività, agitazione.

Tendono ad essere episodici nel tempo e possono richiedere un'ospedalizzazione.

Comprendono varie forme di alterazioni come nel:

- **Comportamento**, che possono essere gravi ed intense, che variano da aggressività ad un'eccessiva immobilità, obbedienza automatica, stato catatonico (rigidità cerea), negativismo.
- **Senso -percezione**, il paziente schizofrenico è colpito da esperienze allucinatorie, le più comuni sono quelle uditive. Possono apparire al soggetto come oscure, accessorie, minacciose o insultanti. Oppure al contrario, le può sentire molto amichevoli, inoffensive, possono dialogare tra di loro, una voce può commentare il vissuto, il comportamento del paziente. *Secondo Cutting J. (1990) le allucinazioni uditive si manifestano nel 50% di tutti i soggetti, le allucinazioni visive si manifestano nel 15% dei soggetti mentre quelle tattili nel 5%.*
- **Pensiero**, viene colpita la forma e il contenuto del pensiero osservabili nel linguaggio parlato e scritto, insalata di parole, mutismo, incoerenza.

Il contenuto del pensiero si può manifestare anche attraverso diversi tipi di deliro come di persecuzione, gelosia, somatici, mistici e si *presentano in più del 90% dei soggetti*. (Secondo Cutting J. 1990)

2. Sintomi psicotici **negativi**

Tuttavia, i sintomi negativi prominenti e il deterioramento cognitivo clinicamente rilevante colpiscono rispettivamente circa il 40% e l'80% delle persone con schizofrenia. Inoltre, i sintomi negativi e cognitivi sono strettamente correlati agli esiti funzionali e contribuiscono sostanzialmente al carico complessivo della malattia. Sintomi negativi persistenti possono essere riscontrati fino al 25% durante i primi 2 anni dopo il primo episodio, dimostrando un'elevata coerenza all'interno del soggetto. (Carbon & Correll, 2014). Si manifestano con un linguaggio molto limitato perché si instaurano i problemi cognitivi, che contribuiscono alla compromissione funzionale. Tale compromissione funzionale comporta spesso la necessità di assicurare al paziente l'assistenza per i bisogni primari come il cibo, vestiti, assistenza medica. Migliorare la funzionalità rimane tra i più importanti obiettivi nella gestione della schizofrenia (*Manuale IP6 | PDF, 2014*).

I sintomi negativi nella schizofrenia includono asocialità con mancanza di interesse nelle relazioni umane, anedonia, appiattimento affettivo o apatia e alogia. I quattro sintomi classici pesano su 2 fattori:

- ridotta espressione emotiva, lentezza nel dare le risposte, povertà e blocco nel linguaggio (affetto smussato, alogia).

- ridotta motivazione e piacere (apatia, anedonia, asocialità).

In effetti, l'apatia è stata proposta come dominio principale dei sintomi negativi che comporta una marcata insensibilità di fronte ai sentimenti e alla vita, con scarso contatto oculare e mancanza di espressività.

Tuttavia, le persone non sentono l'esigenza di affidarsi alle cure specialistiche finché la psicosi non si presenta nella tarda adolescenza o nella prima età adulta; ad ogni modo, la sintomatologia iniziale include il ritiro sociale, la perdita d'interesse, scoppi di rabbia, ed il peggioramento dell'ordine e dell'igiene personale (Miller et al., 1999).

1.3.4 Approccio terapeutico

“Immagina ora un uomo che è privato di tutti quelli che ama, della sua casa, delle sue abitudini, dei suoi vestiti, insomma di tutto ciò che possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto alla sofferenza e ai bisogni, dimenticata la dignità e la moderazione, perché chi perde tutto, spesso perde facilmente sé stesso.” (Primo Levi: Se questo è un uomo, 1947).

Dal 1850 al 1950, il trattamento e la gestione della schizofrenia avvenivano generalmente in grandi manicomi, *nati come difesa da parte dei sani contro la pazzia, come protezione dall'invasione “dei centri d'infezione” – sembra essere finalmente considerato il luogo dal quale malato mentale deve essere difeso e salvato.* (Basaglia & Ongaro, 2018). Molte persone rimanevano confinate per gran parte della loro vita. La scoperta della libertà da parte della psichiatria porta il problema del malato mentale fuori dal manicomio. (Basaglia & Ongaro, 2018). Successivamente, l'introduzione di farmaci antipsicotici e la crescente preoccupazione per i diritti umani delle persone con problemi di salute mentale hanno sostenuto una politica governativa di chiusura graduale della maggior parte di queste strutture. Il trattamento adeguato della schizofrenia deve essere prima di tutto individualizzato, deve tener conto dei bisogni e delle caratteristiche di ciascun paziente, deve essere integrato, oltre alla terapia farmacologica deve essere un supporto psicoterapeutico, psicologico e familiare. L'intervento familiare è finalizzato a sviluppare la collaborazione tra l'infermiere e la famiglia; l'infermiere impartisce le informazioni necessarie relative alla schizofrenia, alla gestione della riduzione dello stress e alle strategie di coping. La mission è quella di curare gli aspetti emotivi che si basano sulla relazione tra paziente e terapeuta e sugli aspetti inconsci. La terapia cognitivo-comportamentale si occupa di rivalutare il problema psicologico del paziente, supportandolo a gestire, risolvere il suo problema e a sentirsi meno depresso; tale approccio costituisce un'opzione di trattamento, in quanto insegna a modificare le convinzioni o i comportamenti che possono provocare emozioni negative. Prendere singolarmente ogni approccio terapeutico potrebbe risultare inefficace. Allo scopo di innovare i sentimenti

indesiderati, o i comportamenti problematici, l'infermiere definisce determinate strategie per modificare i pensieri negativi, impartendo al paziente le istruzioni per verificare la realtà dei suoi pensieri e delle sue percezioni, ignorando le voci e gestendo i sintomi. La terapia cognitivo-comportamentale può anche aiutare le persone con schizofrenia a sviluppare migliori capacità sociali, a ridurre la gravità dei sintomi e a diminuire il rischio di ricaduta, un periodo di tempo in cui i sintomi della schizofrenia ritornano. Vengono evitati l'emarginazione e l'isolamento, l'accanimento terapeutico con la somministrazione massiccia di farmaci quando risultano inefficaci, va evitata una socializzazione forzata, eccessiva quando questa genera una sofferenza nella persona.

Nella storia della psichiatria, introduzione degli antipsicotici rappresentano il trattamento primario della schizofrenia, sono i farmaci più efficaci. Esistono prove ben consolidate della loro efficacia sia nel trattamento degli episodi psicotici acuti che nella prevenzione delle ricadute nel tempo (Horst et al., 2005). y, 2006). (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2014).

Le cure farmacologiche a base di **antipsicotici atipici**: risperidone, olanzapina, aripiprazolo, quetiapina, clozapina, aloperidolo. Sono considerati farmaci di prima generazione in quanto si differenziano per gli effetti collaterali, che risultano maggiori in quelli tradizionali detti anche **antipsicotici tipici**: eccessiva sedazione, rigidità muscolare, tremori, difficoltà nel parlare

La clozapina è attualmente il miglior trattamento per i pazienti con psicosi refrattaria; oltre alle sue azioni antipsicotiche, la clozapina può anche ridurre il comportamento aggressivo ostile, oltre a abbassare il rischio di suicidio osservato nei pazienti affetti dal disturbo schizofrenico (Mallya et al., 1992)

Le cure farmacologiche a base di **neurolitici ad azione depot**: perfenazina, flufenazina, aloperidolo il cui l'effetto terapeutico è prolungato nel tempo per 15 o 30 giorni e viene somministrato sotto forma di iniezione. Questo tipo di terapia viene prescritta ai pazienti che tendono a non assumere le dosi giornaliere oppure le assumono con irregolarità.

I piani di trattamento che incorporano le opzioni di gestione attualmente disponibili per la sintomatologia negativa e cognitiva nei pazienti con schizofrenia dovrebbero essere adattati nel tempo e basati sui bisogni dell'individuo, con l'obiettivo di migliorare i risultati complessivi.

CAPITOLO 2: RECOVERY NELLA SCHIZOFRENIA

2.1 Recovery

Un contributo importante alla nascita del concetto di Recovery è stato dato anche dalla diffusione di movimenti socio-politici per la difesa dei diritti delle persone con disabilità psichiatrica e l'emissione di normative finalizzate al superamento dell'emarginazione e dell'incuria in cui queste persone vivevano in Italia, la legge 180/78, la famosa *Legge Basaglia* che ha previsto la chiusura dei manicomi, ridando dignità e valore ai malati che vi erano rinchiusi. (AIAMC, 2019)

Il termine che ha preso piede da qualche anno e sul quale ci si concentra è quello di *Recovery*, apparso per la prima volta negli anni '80, nelle testimonianze dei pazienti che si sono "*ripresi*", nato da una grande insoddisfazione per i servizi professionali. Deriva dal verbo inglese *to recovery* che significa riaversi, riprendersi, recuperare e indica il processo che si compie nel superamento della psicosi.

Non significa necessariamente guarigione clinica, ma enfatizza il viaggio compiuto da ciascuno nel costruirsi una vita al di là della malattia. A differenza della parola "guarire", *recovery* implica un'idea di processo, di percorso evolutivo e di viaggio che non ha una vera e propria fine; non si tratta dunque di un esito coincidente al ritorno alla condizione precedente al problema, quanto più di un percorso volto alla attivazione di risorse che permettono al soggetto di vivere in maniera piena la sua vita (Coleman, 1999).

È un percorso con più dimensioni, "*un processo, profondamente personale e unico, di cambiamento di atteggiamento, valori, sentimenti, obiettivi, capacità e ruoli. È un modo di vivere una vita soddisfacente, piena di speranza e in grado di dare un contributo agli altri, malgrado le limitazioni causate dalla malattia. Recovery significa sviluppare un senso e uno scopo nuovo nella propria vita, nel momento in cui la persona riesce a evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale (Anthony, 1993)*

Oppure secondo Liberman e Kopelowicz(2005)

“le persone sono in Recovery quando i sintomi della loro malattia non interferiscono con il loro funzionamento nella vita quotidiana”.

SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti, fondata nel luglio del 1992 dal Congresso degli Stati Uniti d’America, definisce il Recovery come un “processo di cambiamento attraverso cui l’individuo migliora la propria salute e il proprio benessere, vive in modo self-directed e si impegna a vivere al meglio delle proprie potenzialità.”

Secondo SAMSHA ci sono quattro dimensioni che sopportano il Recovery:

1.HEALTH: capacità di gestire la propria malattia.

2.HOME: un luogo sicuro dove vivere.

3.PURPOSE: attività significative, ad esempio il lavoro, lo studio, il tempo libero.

4.COMUNITY: sentirsi parte di una rete sociale come ad esempio amici, famiglia o paese dove si vive.

L'obiettivo del modello di recupero è una vita significativa che richiede un focus sul benessere invece che sulla malattia e un passaggio dal ruolo del paziente a una vita significativa. In passato, la diagnosi di una grave malattia mentale era associata ad una vita di disabilità e quindi i trattamenti erano focalizzati principalmente per ridurre i sintomi.

La schizofrenia ha un profondo impatto sulla persona al di sopra e al di là dei sintomi, tra cui una perdita di autostima, alienazione da amici e familiari, interruzione della scuola e della carriera e l'esperienza dello stigma sociale. Più lungo e grave è il decorso della malattia, maggiore è l'impatto che questi cambiamenti possono avere sulla vita della persona e su come lui o lei vede sé stesso nel mondo. Queste esperienze non possono essere invertite o dimenticate, indipendentemente dallo stato dei sintomi o dal processo patologico. (Bellack, 2006)

Questo concetto applicato alle malattie mentali gravi sicuramente ha favorito un cambiamento culturale negli atteggiamenti, nei confronti dell'esito a lungo termine di condizioni come la schizofrenia.

“L'esperienza di recovery da una malattia mentale implica non solo recuperare un ruolo valido, ma anche riprendersi dagli effetti della diagnosi e dei trattamenti come la discriminazione, perdita dell'autodeterminazione, mancanza di opportunità, progetti di vita compromessi, al pari degli effetti del riprendersi dalla malattia in sé” (Anthony, 2002; Davidson, 2005).

Gli interventi incentrati sul recupero dovrebbero comprendere la promozione di un livello di indipendenza confortevole per il paziente in linea con le sue norme e valori culturali in materia di relazioni familiari, lo sviluppo e la promozione di buoni sistemi di supporto; la riduzione dei sintomi e lo sviluppo delle abilità sociali e il potenziamento dei punti di forza riducendo al minimo i deficit. (Glynn et al., 2005)

2.2 Recovery come superamento dei limiti connessi alla schizofrenia

Nonostante la cultura pessimistica identificabile nell'ambito della psichiatria, che ha influenzato, in maniera negativa le aspettative dell'individuo malato e dei suoi familiari, è possibile riscontrare una crescente letteratura riguardo alla nozione di guarigione funzionale. In realtà, rappresentare il concetto di *recovery* come «pieno ritorno ad un funzionamento premorbo» non è adeguato, dal momento che il concetto di pieno funzionamento non è misurabile (Carozza P., 2014); considerando come la sintomatologia della patologia schizofrenica si manifesta, generalmente, in età tardo-adolescenziale, e quindi in un momento antecedente al conseguimento di un funzionamento sociale e lavorativo apprezzabile, il ripristino a livelli pre-patologici significa raggiungere un funzionamento collocabile al di sotto del livello qualificato come normale.(Andreasen et al., 2005)

Non è nota una cura definitiva per la schizofrenia; fortunatamente, esistono trattamenti efficaci che possono attenuare i sintomi, ridurre la probabilità che si manifestino nuovi episodi di psicosi, abbreviare la durata degli episodi psicotici e, sostanzialmente, offrire alla maggior parte delle persone affette da schizofrenia la possibilità di vivere una vita più

produttiva e soddisfacente possibile. Attraverso farmaci appropriati, oltre alla consulenza e al supporto psicologico è possibile incrementare le prospettive per i pazienti di ottenere risultati ottimistici. Numerosi studi dimostrano come a distanza di dieci anni dopo la diagnosi iniziale, circa il 50% per cento delle persone con diagnosi di schizofrenia ha grandemente ridotto la manifestazione sintomatologica, oppure è migliorato al punto da essere in grado di funzionare efficacemente nei rapporti intersoggettivi.

In tal senso, infatti, il suicidio è una causa di mortalità precoce in quasi il 5% dei pazienti con schizofrenia e il 25-50% dei pazienti con schizofrenia tenta il suicidio nel corso della vita (Berardelli et al., 2021). Ciò può avvenire per molte ragioni, tra cui le paure e le ansie associate alla psicosi o alla depressione e i sentimenti di disperazione che possono insorgere nel momento in cui il soggetto assume la consapevolezza di una malattia grave, cronica e che incide, in maniera impattante, sulla qualità della vita. In un noto studio longitudinale del Vermont, riguardante gli esiti a lungo termine della schizofrenia, condotto dai ricercatori Harding, Brooks, sono stati coinvolti 269 pazienti disabili e lungodegenti, malati in media da 16 anni, totalmente disabili da 10 anni, e ricoverati in interrottamente (Harding et al., 1987). Iniziato a metà degli anni Cinquanta, questi pazienti, che non avevano risposto bene alle moderne terapie farmacologiche, hanno partecipato a un programma di recupero completo; a distanza di dieci anni, successivamente al loro rilascio dall'ospedale, il 70% di essi dei pazienti non aveva avuto la necessità di rientrare nell'ambito ospedaliero. Attraverso l'ausilio di protocolli strutturati, tra i quali una scala di valutazione clinica globale è stato riscontrato che il 68% dei pazienti, a distanza di 20-25 anni, aveva raggiunto un livello di funzionamento normale; inoltre, è stato riscontrato come il 34% aveva raggiunto la piena guarigione e un ulteriore 34% aveva ottenuto un miglioramento significativo sia dello stato psichiatrico che del funzionamento sociale.

2.3 L'infermiere, una guida del processo Recovery

“Le persone in recovery spesso attribuiscono i loro successi a qualcuno che crede davvero in me o che vede in me cose che io non riesco a vedere.”

(Barbieri et al., 2013)

La persona diventa come protagonista del suo percorso e si ottiene un progressivo distanziamento dalla patologia e dalla malattia, verso la salute e lo star bene. L'infermiere gioca un ruolo importante in questa prospettiva, gran parte del tempo viene speso con le persone che sono affette da malattie psichiatriche che hanno sconvolto significativamente le loro vite. Si instaurano delle relazioni speciali e sono presenti in situazioni che consentono loro di comprendere i progressi, le potenzialità e il follow-up. Inoltre, sono gli attori che si trovano nella migliore posizione per consolidare la persona bisognosa e spesso sono dei testimoni di scoperte e risultati significativi che superano quelli che sono considerati normali, o stabilizzazione nelle condizioni di una persona con schizofrenia. Deve stabilire un'alleanza efficace caratterizzata da continuità, disponibilità, onestà, l'ascolto, comprensione, rispetto, supporto, interesse, umiltà, l'attenzione alle differenze culturali, poiché potrà compiere il percorso di recupero. I professionisti possono contribuire al processo di recupero creando un ambiente favorevole, cambiando e adottando degli atteggiamenti verso questa nuova visione della guarigione, può aiutare la persona con disturbo mentale a comprendere la malattia mentale ed il ruolo della società nell'escluderlo.

Gran parte di ciò che fanno è etichettato come *“sostenere, valutare, monitorare, somministrare farmaci, educare e gestire”* (Barker, 1977; Carr, Butterworth & Hodges, 1980) ma alla base di tutte queste funzioni, c'è la relazione, che si evidenzia nel modo in cui l'infermiere parlano dei loro pazienti e con i loro pazienti e con gli altri membri della famiglia. Spesso, i nostri modi tradizionali di esibirsi professionali, competenti come programmi e metodi di intervento non vengono particolarmente apprezzate nello stesso modo come un attento ascolto mostrando interesse per le esperienze positive, sia nei momenti di sofferenza che in quelli di speranza. Condividere e promuovere un clima di fiducia, trovare il tempo ed essere lì: *“Essere disponibili”* per una piccola chiacchierata diventano un supporto vitale per la loro guarigione.

Gli infermieri devono anche essere più coinvolti come persone nell'incontro di cura con il paziente e, come lo descrive Kasén (2002), essere toccati dal paziente. È da questo incontro che può nascere una comprensione comune della sofferenza del paziente, dei suoi bisogni di cura e delle sue visioni nella vita. Coinvolgere i pazienti in cura è, per

usare le parole di Kaséns, *una questione di creare una storia insieme, non solo un piano di cura.*

L'assistenza infermieristica è la protezione, la promozione e l'ottimizzazione della salute e delle capacità, la prevenzione di malattie e lesioni, l'alleviamento della sofferenza attraverso la diagnosi e il trattamento della risposta umana e il sostegno alla cura degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle popolazioni. (Associazione degli infermieri americani, 2013)

2.4 Famiglia, come individui preposti alle cure

In un contesto di relazione tra sostegno familiare e recupero della salute mentale, il nucleo familiare rappresenta, sovente, una fonte primaria di supporto; la partecipazione della famiglia costituisce un vantaggio per il processo di cura del parente, in quanto fornisce una preziosa fonte di informazioni ai fini della valutazione, e del piano di cura, dell'operatore di salute mentale (Pernice-Duca, 2010)

Negli ultimi 35 anni si è assistito a un proliferare di interventi psicoeducativi familiari per la schizofrenia che offrono informazioni e supporto e soprattutto aiuto nello sviluppare aspettative realistiche che tengano conto della malattia. Essere il principale caregiver di una persona affetta da schizofrenia può causare una quantità significativa di angoscia, i membri della famiglia soffrono in modo simile alle persone con malattie psichiatriche (Cairns, Reid e Murray, 2015). Dato che la famiglia costituisce una fonte fondamentale di sostegno, si dovrebbe porre maggiore enfasi sull'impegno della famiglia nella pianificazione e nel coordinamento delle cure. Le diverse strategie di trattamento familiare includono elementi comuni, come fornire istruzioni sulla malattia mentale e formazione sulle capacità di comunicazione e risoluzione dei problemi. La cura familiare può essere applicata a famiglie individuali o in contesti di gruppo in cui i membri possono apprendere capacità di coping efficaci e acquisire una prospettiva reciproca.

La ricerca scientifica indica che sono stati associati a riduzioni di ricadute più bassi rispetto alle cure standard o ai trattamenti di controllo.

In media, il tasso di ricaduta per gli individui le cui famiglie partecipano a un trattamento psicoeducativo è del 24% rispetto a un tasso del 64% per coloro che ricevono un trattamento come di consueto. È stato riscontrato che trattamenti della durata di 9 mesi o più, producono esiti più favorevoli rispetto a quelli di durata più breve. È stato riscontrato che l'intervento terapeutico familiare riduce l'esperienza di carico della famiglia e aumenta la capacità dei membri di far fronte alla malattia, inoltre, ci sono prove che la partecipazione alla cura familiare riduce i costi sanitari derivanti dalla malattia. (Velligan & Gonzalez, 2007).

In uno studio condotto dai ricercatori Glick, Stekoll e Hays (2011) è esaminata la relazione tra l'esito del trattamento e due variabili familiari; la presenza e la capacità di sostenere l'aderenza al trattamento (Glick et al., 2011). Sono stati valutati 50 pazienti, e le loro famiglie dividendoli in due gruppi; il primo aveva una famiglia, o comunque una persona con un ruolo significativo accanto, per lo più di supporto, che agiva in modo collaborativo sull'aderenza al trattamento, mentre il secondo gruppo non aveva una famiglia o una persona importante o, se ce l'aveva, non aveva il supporto per il mantenimento a lungo termine. Tra gli utenti del servizio con famiglie disponibili, e supportive, molti sono rimasti in trattamento per l'intero corso dello studio; di contro, coloro che hanno interrotto o abbandonato il trattamento non avevano una famiglia o, anche se presente, non era in grado di sostenere l'aderenza. Si comprende, dai risultati finali dello studio, come il supporto familiare determini un miglioramento dell'esito della terapia attraverso una maggiore aderenza a lungo termine ai farmaci.

2.5 Prevenzione e lotta allo Stigma: un pregiudizio e una barriera allo sviluppo della recovery

“Tu sei schizofrenico. . .non puoi entrare”; “non siamo accettati quando torniamo al lavoro, non importa che tu faccia bene il tuo lavoro. Non ti trattano come un pari, sono sempre un po' diffidenti nei tuoi confronti, dalla mia esperienza” (Knight, 2003).

Gli individui intervistati si sentivano etichettati come “*estremamente diversi, intollerabili*”, “*sporchi, inaccettabili*”, attraverso “*un’immagine così negativa*” (Knight, 2003).

Gli atteggiamenti da loro menzionati erano prevalentemente sfavorevoli e frutto di una ignoranza generale – “Non capiscono, la gente non capisce ciò che accade alle persone” – e sorprendentemente provenivano dai propri genitori e dai propri amici, nonché dagli psichiatri da cui erano in cura e dalla Polizia (Knight, 2003).

(«Schizofrenia e stigma sociale», 2022)

La parola *stigma*, di origine greca, significa marchio, impronta, segno distintivo. Gli esperti di salute mentale individuano con questo termine la discriminazione basata sul pregiudizio nei confronti del malato psichiatrico. Di conseguenza, per lui, subire lo stigma significa vivere ogni giorno nell’esclusione, nel rifiuto, nella vergogna e nella solitudine. («Schizofrenia e stigma sociale», 2022). Convivere con un disturbo mentale è correlato ad un livello più elevato di stigma, che ha una grande influenza negativa sul recupero e sull’esito. Stigma e discriminazione sono stati identificati come ostacoli importanti all’integrazione delle persone con malattie mentali nella società. *La labelling theory*, o teoria dell’etichettamento, attua un approccio distintamente sociologico ricollegabile al ruolo dell’etichettamento sociale; la teoria parte dal presupposto che, sebbene il comportamento deviante possa inizialmente derivare da varie cause e condizioni, una volta che gli individui sono stati etichettati o definiti come devianti, spesso devono fronteggiare nuovi problemi che originano dalle reazioni di sé, oltreché degli altri, agli stereotipi negativi (stigma) connessi all’etichetta di devianza (Becker H. S., 1963). Secondo Lemert il comportamento deviante può assurgere a un mezzo di difesa, di attacco o di adattamento, come reazione ai problemi determinati dall’etichetta; di conseguenza, essere etichettati può avviare processi che tendono a rafforzare o stabilizzare il coinvolgimento nella devianza (Lemert E. M., 1967). Lo stigma legato all’etichettamento come deviante può produrre processi che possono determinare l’esclusione dalle relazioni con gli altri soggetti, attraverso due processi distinti; in primo luogo, i membri di una determinata comunità possono rifiutare, o svalutare, il soggetto etichettato e, in seconda

istanza, l'etichettamento può portare al ritiro sociale a causa del rifiuto, o della svalutazione attuata. Al di là delle considerazioni teoriche, esistono differenze tra le culture industrializzate e quelle tradizionali nell'etichettamento, e nelle opportunità di integrazione nella comunità; Warner fornisce esempi di paesi del terzo mondo in cui la malattia mentale è considerata opera degli spiriti, e in cui la persona affetta non ha alcuna colpa per la sua condizione, in quanto la causa è esterna alla persona (Warner, s.d.). Al contrario, nelle nazioni occidentali, l'etichetta schizofrenia è associata a biasimo, paura e discriminazione, che si ripercuote su ogni aspetto della vita. In pratica, etichettare i problemi di una persona come schizofrenia ha un effetto negativo, e genera un allontanamento sociale; tale stigma contribuisce agli scarsi risultati delle persone con malattia mentale. Inoltre, c'è da considerare come la perdita di un'identità positiva può essere generata anche dall'autostigma, ossia lo stigma internalizzato; tale situazione determina, nel soggetto con problemi mentali, l'acquisizione come veri degli stereotipi diffusi, integrandoli e identificandoli in sé stesso.

Esiste tuttora una connotazione negativa di tipo socioculturale *stigma esterno* basata su paura ed ignoranza che tende a giudicare erroneamente il paziente psichiatrico come un portatore di sintomi da evitare e allontanare. Il soggetto pensa a sé stesso come privo di valori, vede solamente gli aspetti di sé connessi con la malattia. Da una prospettiva etica e sociale, le persone con schizofrenia non dovrebbero ricevere assistenza sanitaria di qualità inferiore rispetto ad altri cittadini (Maj, 2009).

Infermieri di salute mentale potrebbero fare molto per prevenire o ridurre lo stigma migliorando le pratiche di trattamento acuto e riabilitazione e facendo di più per ridurre le pratiche stigmatizzanti e discriminanti a livello terapeutico e organizzativo, seguendo le linee guida internazionali (OMS, 2008). Essi sono regolarmente in contatto con persone con malattie mentali, hanno un ruolo importante nel plasmare gli atteggiamenti nei confronti dei malati e servono anche come modello per come avvicinarsi alle persone con malattie mentali. (Björkman et al., 2008).

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

3.1 Obiettivo della ricerca

L'elaborato ha l'obiettivo, mediante una revisione della letteratura, di verificare quali sono le abilità utili alla Recovery negli infermieri che lavorano nell'ambito di salute mentale, verso le persone affette da schizofrenia.

Individualizzare gli aspetti fondamentali che caratterizzano una qualità di vita adeguata alla persona affetta da schizofrenia all'interno dell'ambito assistenziale considerandolo il suo contesto di vita.

3.2 Quesito della ricerca

“Quali sono le abilità degli infermieri di salute mentale, che contribuiscono al processo di Recovery?”

P: infermieri di salute mentale

I: interventi abilitativi, tra infermiere e la persona affetta da schizofrenia, orientati verso il processo di Recovery

O: Favorire il processo di recovery alla persona affetta da schizofrenia

3.3 Fonti di ricerca

È stata eseguita una revisione della letteratura attraverso la consultazione di Banca dati quali Medline/ PubMed utilizzando il servizio “auth-proxy” dell'Università degli Studi di Padova e le riviste Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing e International Journal of Mental Health Nursing.

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

Nella banca dati di Pub Med sono stati selezionati 155 articoli. Nella stringa di ricerca ho utilizzato le parole chiave cercate prima singolarmente, poi con termini liberi.

Le parole chiave utilizzate sono state: “*schizophrenia*”, “*recovery*”, “*quality of life*”, “*mental health*”, “*nurse*”, “*psychiatric nursing*”. Come stringhe di ricerca ho utilizzato: (Psychiatric nursing) AND (Schizophrenia); (Schizophrenia) AND (Recovery)

3.4. Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati utilizzati articoli con dei studi descrittivi e qualitativi, studi clinici randomizzati, revisioni sistematiche, pubblicati a partire dal 2000.

Criteri di inclusione

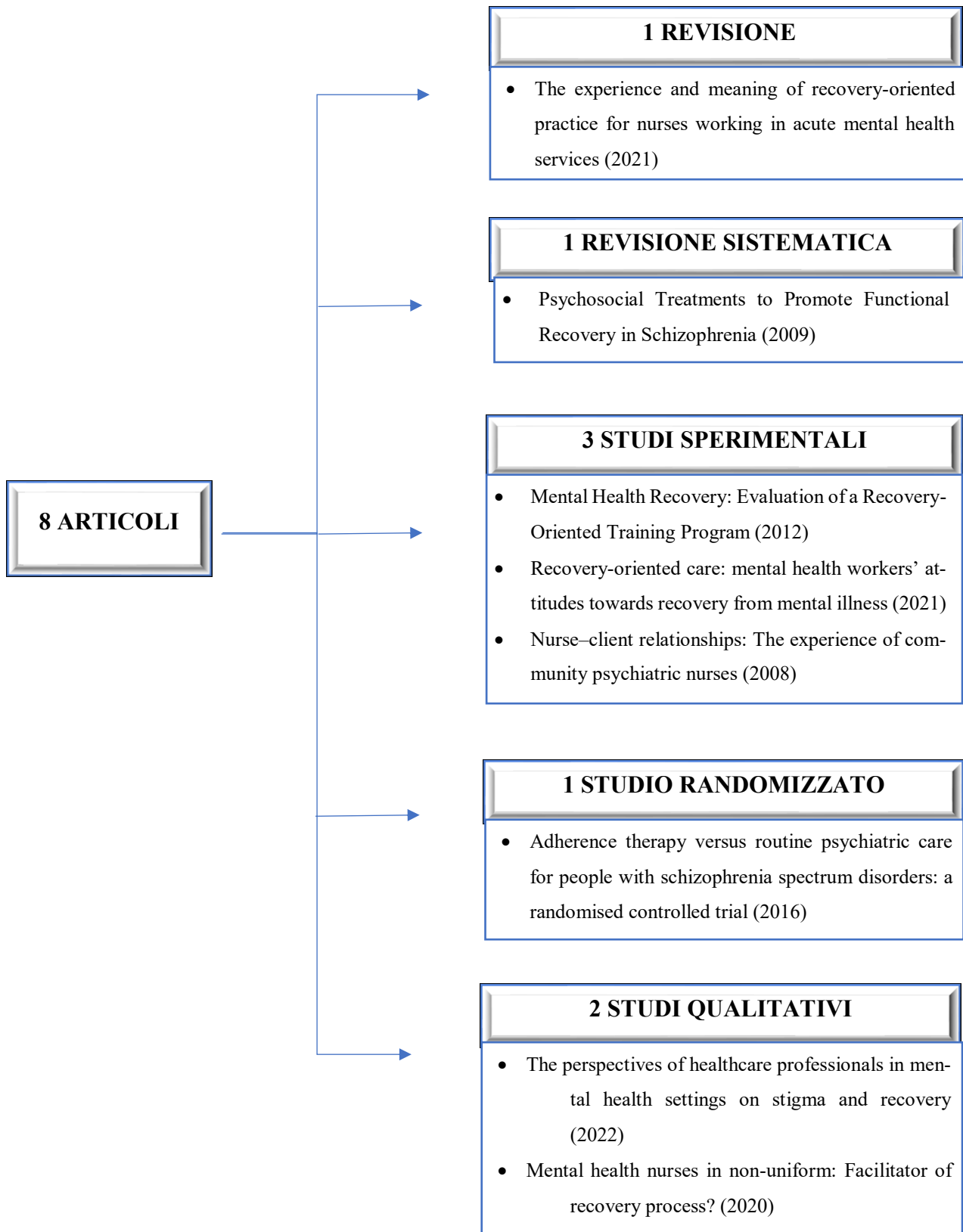
- articoli pubblicati a partire dal 2000
- articoli con testo completo (Full Text)
- persone affette da schizofrenia
- persone di età maggiore di 19 anni

Criteri di esclusione

- articoli a pagamento
- articoli con testo completo non consultabili tramite Proxy
- persone di età minore di 19 anni
- persone affette da altre patologie psichiatriche

CAPITOLO 4: I RISULTATI

Dopo una ricerca degli articoli all'interno della banca dati PubMed, sono stati selezionati e inclusi nella presente revisione 8 articoli, di cui 1 revisione della letteratura, 1 revisione sistematica, 1 studio randomizzato, 2 studi quantitativi e 3 studi sperimentali. Questi 8 articoli sono stati ritenuti idonei e tali articoli sono stati poi riportati nel grafico seguente.



4.1 Commenti agli articoli selezionati

Articolo	Tipologia	Setting/Campione	Metodi	Risultati	Discussione
(Wilrycx et al., 2012)	Studio sperimentale	210 professionisti della salute mentale	questionario sull'atteggiamento e sulle conoscenze del recupero	Questo studio ha rilevato che l'atteggiamento dei professionisti nei confronti del recupero dalla malattia mentale può migliorare con la pratica.	Il programma educativo ha avuto un impatto emotivo oltre che di apprendimento e l'uso di un linguaggio comprensibile ha contribuito ad ottenere un effetto positivo. Durante il corso di formazione, grazie al formatore che era una persona con un'esperienza dal quale si poteva ricavare una maggiore consapevolezza, si poteva riflettere la qualità dello stesso trattamento da lui ricevuto in passato. I professionisti della salute mentale hanno mostrato convinzioni più favorevoli e atteggiamenti più positivi relativi al recupero.
(Egeland et al., 2021)	Studio sperimentale	317 operatori della salute mentale norvegese, 7 primari norvegesi e 22 unità specializzate di salute mentale all'interno dell'area geografica della Norvegia.	Questionario RKI tradotto in norvegese e tedesco, orientato al recupero del paziente.	Il campione di studio ha ottenuto un punteggio significativamente inferiore in comparazione con il campione di uno studio precedente, suggerendo che gli operatori della salute mentale norvegesi, hanno un orientamento relativamente basso verso la guarigione.	Happell, Byrne hanno osservato che la base concettuale dell'RKI deve essere rielaborata e generati nuovi elementi per valutare e migliorare la validità e l'affidabilità della scala. È stato confermato che il campione valutato era relativamente poco informato, non lineare con un'assistenza sanitaria orientata al recupero ma strettamente correlata alla gestione dei sintomi. Secondo Slade e Amering si raccomanda agli operatori norvegesi di salute mentale di lavorare verso l'implementazione di un'assistenza sanitaria orientata al recupero.
(Solomon et al., 2021)	Revisione	10 infermieri tra cui 8 donne e 2 uomini con età compresa tra 20-50 anni.	La pratica infermieristica di cure orientate al recupero nei servizi di salute mentale ospedalieri della Nuova Zelanda attraverso interviste conversazionali aperte.	Si sono creati 3 spazi terapeutici tra infermiere e l'utente -spazio sicuro -spazio relazionale -spazio di guarigione	Le priorità devono spostarsi dai compiti degli infermieri allo stare con gli utenti del servizio e creare spazi terapeutici sicuri per la guarigione. Questi elementi fondamentali della pratica possono essere dati per scontati e trascurati quando il personale è sotto pressione come completare compiti, osservare segni e sintomi, gestire il rischio, somministrare farmaci, completare note, gestire i processi di assunzione e dimissione, liberare i letti.

(O'Brien, 2000)	Studio sperimentale	5 infermieri esperti in psichiatria, 3 femmine e 2 maschi, 5 pazienti	Interviste audioregistrate, di natura colloquiale con durata di circa 1 ora	Dalle interviste sono stati individuati 4 temi: <i>'Essere lì'</i> , <i>'Essere preoccupati'</i> , <i>'Stabilire la fiducia'</i> e <i>'Facilitare la transizione'</i> che hanno facilitato il passaggio dall'essere un paziente nella comunità ad essere una persona nella comunità.	Lo studio ha rilevato una relazione terapeutica fornita dagli infermieri centrata sull'essere della persona malata. <i>Il RAPPORTO INFERMIERI-PAZIENTE</i> ha evidenziato la complessità dell'assistenza infermieristica verso le malattie psichiatriche gravi e ha mostrato le abilità che sono coinvolte nella creazione e nel mantenimento del rapporto con i pazienti con malattie mentali.
(Gunasekaran et al., 2022)	Studio Qualitativo	Operatori sanitari professionisti che lavorano nell'ambito psichiatrico: medici generici, psichiatri, infermieri, psicologi e volontari	Interviste con registrazione audio	Sono stati identificati 3 fattori: micro fattori ad esempio, stigma interiorizzato, fattori intermedi ad esempio la discriminazione delle persone associate al gruppo stigmatizzato macro ad esempio lo stigma all'interno delle strutture sanitarie.	L'inadeguata formazione nel campo della salute mentale contribuisce allo stigma.
(Kern et al., 2009)	Revisione sistematica che va a trattare 4 trattamenti psicosociali per la schizofrenia con storie diverse	Persone affette da schizofrenia		Per rinforzare le abilità e migliorare il recupero nelle persone con schizofrenia è necessario un numero maggiore di studi per valutare gli effetti degli approcci terapeutici combinati. La formazione sulle abilità sociali sembrerebbe un punto di partenza per pianificare tali sforzi con l'aggiunta di trattamenti aggiuntivi per affrontare altre componenti del recupero. La terapia cognitivo comportamentale è efficace nel ridurre i sintomi positivi e negativi e ci sono una serie di studi indipendenti che hanno mostrato miglioramenti anche nell'umore e nel funzionamento della comunità.	Sono stati esaminati 4 trattamenti psicosociali, distintivi da utilizzare con persone con schizofrenia e includono l'allenamento delle abilità sociali, la terapia cognitivo comportamentale, il rimedio cognitivo e l'allenamento cognitivo.

(Chien et al., 2016)	Studio randomizzato controllato	134 pazienti affetti da schizofrenia trattati ambulatorialmente	Terapia di aderenza basata su un colloquio motivazionale	Il gruppo ha ottenuto notevoli miglioramenti per quanto riguarda la gravità dei sintomi, nella comprensione della malattia e dell'importanza della terapia farmacologica e nella durata dei ricoveri	È uno dei pochi interventi a livello globale che ha dimostrato dei risultati positivi per i pazienti nel follow up. Tuttavia rimane il dubbio se questi esiti positivi sono correlati a questo tipo di approccio oppure ad un effetto combinato con altri interventi psicosociali, familiari o trattamenti psichiatrici che non sono stati inclusi
(Chu et al., 2020)	Studio qualitativo	12 infermieri di salute mentale, tra cui 5 femmine e 7 maschi	interviste approfondite e individuali per esplorare le opinioni degli infermieri di salute mentale di Hong Kong, sull'indossare abiti normali e non la divisa all'interno di un'unità di riabilitazione ospedaliera per facilitare il processo di recupero degli utenti del servizio.	Dalle interviste sono state emerse tre temi principali - costruire un rapporto con gli utenti del servizio di centro salute mentale -la non uniformità aiuta la deistituzionalizzazione -approcci diversi per massimizzare il beneficio e ridurre al minimo il rischio.	Gli infermieri che hanno partecipato alle interviste hanno ritenuto che risulta molto vantaggioso il non indossare la divisa all'interno dei centri di cura. Questo approccio può facilitare un impegno terapeutico significativo, può aiutare a ridurre l'autostigma e sviluppare l'autostima degli utenti.

(Egeland et al., 2021) hanno sviluppato uno studio che riguardava la convalidazione del questionario “*The Recovery Knowledge Inventory*” (RKI) che aveva come mission quella di indirizzare i servizi di salute mentale verso una pratica orientata al recupero, convalidare le proprietà psicometriche dell'RKI in relazione agli operatori di salute mentale norvegesi ed esaminare la conoscenza e gli atteggiamenti di questi lavoratori nei confronti del recupero nei servizi di salute mentale.

“*The Recovery Knowledge Inventory*” (RKI) si concentra sugli aspetti più integranti nell'offerta di pratica clinica volta a promuovere il recupero. Sono state affermate quattro dimensioni: (a) Ruoli e responsabilità nel recupero , che riguarda il rischio, il processo decisionale, i ruoli e le responsabilità dell'individuo; (b) La non linearità del processo di recupero, che riguarda la natura non lineare della guarigione e i ruoli della malattia e della gestione dei sintomi; (c) Ruoli dell'autodefinizione e dei pari nel recupero , che riguarda il valore dei ruoli dei pari di un utente e le sue attività nel definire un'identità per il paziente al di là di quella di un “*paziente di salute mentale*”; (d) Aspettative relative al recupero . L'RKI è stata tradotta in norvegese e testata su 317 operatori della salute mentale di 7 unità di

assistenza sanitaria primaria e 22 unità specializzate, nella Norvegia. I risultati del questionario hanno rivelato che il campione di studio ha ottenuto punteggi significativamente inferiori rispetto ad un campione comparabile in uno studio precedente, suggerendo che gli operatori norvegesi della salute mentale hanno un orientamento relativamente basso verso il recupero. I ricercatori hanno espresso fiducia nell'RKI come misura particolarmente rilevante nel contesto dell'educazione degli operatori della salute mentale al recupero, ma considerando le diverse limitazioni nello sviluppo dell'RKI, Bedregal, O'Connell hanno suggerito un ulteriore sviluppo dello strumento.

(L'O'Brien, 2000) attraverso le conversazioni condivise tra i cinque pazienti affetti da disturbi psichiatrici tra cui la schizofrenia e gli infermieri di una comunità psichiatrica, riesce a dare un'interpretazione dell'esperienza relazionale tra infermiere-paziente. Questo studio è stato utilizzato per mettere in evidenza, *la relazione* come la centralità dell'assistenza e le abilità che sono state coinvolte nell'instaurazione e nel mantenimento della relazione con i malati. Gli infermieri selezionati erano dei professionisti con una lunga esperienza nell'ambito e con un forte impegno nella cura delle persone psichiatriche.

Dalle interviste che erano di tipo colloquiale, tipo riflessivo ma anche attraverso la comunicazione non verbale sono state identificate quattro temi che riguardano:

"Essere lì", che era visto come il fattore più importante nella relazione ed era descritto come consentire ai pazienti di utilizzare *l'aiuto* quando avevano bisogno, prendere in prestito la forza ... fino a quando non possono sviluppare i propri punti di forza. Vuol dire conoscere la malattia mentale e il trattamento; educare; essere consapevoli delle dinamiche di fronte alla malattia; gli infermieri devono utilizzare le proprie esperienze di vita per essere visti come persone normali, per essere credibili; illustrare aspetti dell'essere-nel-mondo; consentire ai pazienti di identificarsi, di normalizzare le paure e le difficoltà.

"Essere interessati", vuol dire offrire protezione, accettare la persona, rispettare la loro fragilità e vulnerabilità. Rispettare e comprendere le proprie scelte perché le decisioni spettano a loro.

"Instaurare la fiducia", Dare l'opportunità di parlare, cercare di dare un senso alle proprie esperienze, era visto come un messaggio di ottimismo: Essere lì e prestare la dovuta attenzione viene percepito come dare fiducia a loro come persone e come pazienti.

"*Facilitare la transizione*", questo tema rifletteva gli interventi e le competenze terapeutiche che erano preposte nell'assistere la persona a superare i limiti della sua malattia. Queste limitazioni non lo erano solo in relazione ai sintomi effettivi della malattia ma anche legati agli atteggiamenti sociali nei confronti della malattia. L'obiettivo è quello di aiutare ad accettarsi sé stesse come persone.

Nello studio di ricerca osservativo, pubblicato da *Wilrycx, Croon, e Nieuwenhuizen, nel 2012*, mostra che l'atteggiamento dei professionisti sanitari, nei confronti del recupero dalla malattia mentale può migliorare con l'allenamento. Lo studio indaga l'efficacia di un programma di formazione orientato al recupero sulle conoscenze e gli atteggiamenti dei professionisti della salute mentale nei confronti del recupero di persone con gravi malattie mentali. Il campione era formato da 270 professionisti composto da psichiatri, psicologi, infermieri psichiatrici, operatori diurni, assistenti sanitari e altri professionisti ma di questi soltanto 210 hanno accettato di partecipare. Sono stati formati nove gruppi da 10 a 16 professionisti, selezionati casualmente. L'obiettivo del programma educativo era quello di indurre un cambiamento culturale verso il recupero nell'intera organizzazione. Sono stati somministrati i questionari di autovalutazione, nella versione olandese:

- **Recovery Knowledge Inventory (RKI)** utilizzato per valutare le conoscenze generali dei professionisti sul recupero nel tempo

- **Recovery Attitude Questionare (RAQ)** utilizzato per valutare i sentimenti e gli atteggiamenti dei professionisti nei confronti del recupero.

L'obiettivo principale del progetto era quello di creare e promuovere una nuova cultura verso il recupero da gravi malattie mentali: *in che modo il trattamento può promuovere il processo di guarigione di pazienti con problemi psichiatrici a lungo termine e il rapporto con il professionista della salute mentale che facilita la guarigione.*

Il corso di formazione ha contribuito notevolmente ad ottenere risultati positivi, perché l'insegnamento arrivava da parte di una persona con un'esperienza vissuta in una luce del tutto positiva. L'uso di un linguaggio comprensibile, appropriato, il confronto, il racconto di storie di maltrattamento ha generato un'autoriflessione, che secondo Bandura questa è la causa che può portare a un cambiamento di atteggiamenti. Il programma educativo ha avuto un impatto emotivo oltre che di apprendimento.

Esistono quattro *valori chiave* che supportano il processo di recupero:

- **orientamento alla persona:** le persone con disabilità psichiatrica apprezzano quando gli infermieri della salute mentale esprimono interesse per loro, come persone e in ruoli diversi da quelli di "*pazienti*"

- **coinvolgimento della persona:** i dati della ricerca suggeriscono che i risultati sono migliori per le persone che hanno l'opportunità di un coinvolgimento significativo nella pianificazione, attuazione e valutazione del suo piano di cura che è fondamentale per lo sviluppo del senso di responsabilizzazione e di un cambiamento nell'identità personale.

- **Autodeterminazione/scelta:** L'opportunità di scegliere i propri obiettivi a lungo termine, i metodi da utilizzare per raggiungerli e le persone che assisteranno nel processo, sono tutti componenti di un servizio che riconosce questo valore promuovendo il senso di sé, l'empowerment il benessere e il recupero dell'individuo. Aiutare un individuo a riprendere una vita significativa richiede il sostegno all'autodeterminazione e se necessario, l'opportunità e l'assistenza per sviluppare una maggiore esperienza nel compiere scelte informate.

-**Sperare:** La speranza per il futuro è essenziale in tutti i servizi orientati alla recovery. I servizi devono essere in grado di sostenere le aspirazioni di coloro che desiderano frequentare o tornare all'università, devono essere in grado di facilitare gli obiettivi di coloro che desiderano sposarsi, avere famiglia e avviare un'attività in proprio.

(*Chu et al., 2020*) ha svolto al Hong Kong Hospital e Human Subject Research Ethics Committee, uno studio descrittivo qualitativo che esplora le opinioni degli operatori sanitari sull'indossare abiti al posto di una divisa del reparto di riabilitazione ospedaliera. Dalla maggior parte dell'indagine che sono state condotte, hanno notato che l'abbigliamento normale ha facilitato il processo di recupero, hanno portato un miglioramento nelle relazioni terapeutiche e una riduzione dello stigma durante i ricoveri. Tutti i partecipanti facevano parte del reparto di riabilitazione ospedaliera di Hong Kong, infermieri di salute mentale, che avevano lavorato nell'unità di riabilitazione ospedaliera per un minimo di due anni in modo che avessero un'adeguata esperienza. Sono stati selezionati un totale di 12 partecipanti idonei e sono stati intervistati con durata compresa tra 10 e 35 minuti (una media di 20 minuti). C'erano 5 partecipanti femmine e 7 maschi. Il numero medio di anni di esperienza

in seguito alla qualificazione dei partecipanti è stato di 19 anni (con un range compreso tra 4 e 30 anni). 2 partecipanti avevano raggiunto il livello di Master. Secondo Alderton (1984), le tre funzioni principali delle divise degli infermieri includono l'affermazione dell'identità del personale, l'ordine e la libertà di movimento. Diversi ricercatori hanno anche scoperto che è più probabile che gli infermieri in divisa siano percepiti come più intelligenti e competenti e, quindi, le persone in cura avrebbero maggiore fiducia nei loro giudizi e nelle cure. (Albert, Wocial, Meyer, Na, & Trochelman, 2008; Rowland, 1994). Alcune ricerche hanno evidenziato che la professionalità dovrebbe essere rappresentata da un "*pacchetto totale*", non semplicemente da una divisa. Le infermiere intervistate negli Stati Uniti hanno affermato che il "*pacchetto totale*" comprendeva abbigliamento, manierismo e atteggiamento. Quindi, un'immagine di modi e atteggiamenti competenti può rappresentare il ritratto da infermieri che non indossano la divisa (Lehna et al., 1999).

(Kern et al., 2009) insieme ai suoi collaboratori hanno esaminato i 4 trattamenti psicosociali per la schizofrenia che raccontano storie con una panoramica che illustrano approcci diversi per facilitare il recupero.

I trattamenti psicosociali per la schizofrenia includono l'allenamento delle abilità sociali, la terapia cognitivo comportamentale (CBT), il risanamento cognitivo e l'allenamento cognitivo sociale.

Gran parte del lavoro sulle abilità sociali si è concentrato sul cambiamento del comportamento nelle unità di degenza perché sempre più persone con schizofrenia hanno iniziato a risiedere nella comunità, quindi sono stati avviati sempre più programmi che riguardano la formazione sulle abilità sociali per pazienti, individualmente oppure in gruppi. I pazienti con livelli elevati di sintomi negativi, basati sulla scala per la valutazione dei sintomi negativi e sulla scala della qualità della vita, hanno avuto una prognosi peggiore ed erano costantemente peggiori per quanto riguarda l'adattamento sociale, la qualità della vita e il disturbo del pensiero. (Mueser et al., 1991).

I risultati sulla terapia cognitivo comportamentale CBT indicano effetti di dimensioni medio-basse sul trattamento di sintomi positivi, sintomi negativi, umore e funzionamento della comunità. Tuttavia, i risultati, in generale, sono positivi e suggeriscono che la CBT è efficace nel ridurre la gravità dei sintomi positivi e negativi, nonché alcuni aspetti del funzionamento della comunità e della qualità della vita.

Una caratteristica fondamentale della schizofrenia è il deficit cognitivo rappresentato dal deficit di attenzione, apprendimento e memoria, velocità di elaborazione, ragionamento e la risoluzione dei problemi. Gli approcci di miglioramento della cognizione mirano a migliorare il funzionamento cognitivo attraverso la stimolazione delle aree compromesse della cognizione, ad esempio la memoria. Nella schizofrenia, la formazione prevede brevi esercizi che possa essere eseguita anche con carta e matita ma utilizzando anche programmi basati sul computer. L'obiettivo del compito che sarà facile o più difficile in modo che venga stimolante ma realistico (ad esempio, mantenere la precisione della prestazione all'85%–90%).

Miglioramenti associati all'apprendimento sono stati mostrati in studi su pazienti affetti da schizofrenia di esito, tra cui compiti di lavoro di livello base, capacità di risoluzione dei problemi sociali e compiti di lavoro assegnati in un ambiente di salute mentale della comunità che offre esperienza di lavoro part-time e limitata nel tempo mantenuti fino a 3 mesi. Per lo studio condotto in un ambiente di salute mentale della comunità, i partecipanti sono stati assegnati in modo casuale all'apprendimento senza errori o all'istruzione convenzionale per la formazione sui compiti lavorativi assegnati in un negozio di abbigliamento dell'usato. I risultati hanno mostrato che la formazione per l'apprendimento senza errori è superiore all'istruzione convenzionale su una misura della qualità del lavoro nel periodo di 12 settimane che i partecipanti hanno lavorato presso il negozio di abbigliamento dell'usato.

La cognizione sociale è stata definita come *"la capacità di costruire delle relazioni tra sé stessi e gli altri e di utilizzare tali rappresentazioni in modo flessibile per guidare il comportamento sociale"*. (Adolphs, 2001). I pazienti con schizofrenia mostrano deficit in diversi aspetti della cognizione sociale, documentate nelle seguenti 4 aree:

- (a) percezione affettiva, come la percezione delle espressioni facciali e vocali delle emozioni;
- (b) percezione sociale, inclusa la capacità di giudicare segnali sociali da informazioni contestuali e gesti comunicativi non verbali;

(c) stile di attribuzione, che si riferisce ai pregiudizi nel modo in cui gli individui spiegano in modo caratteristico le cause degli eventi positivi e negativi nella loro vita (ad es. personalizzare i pregiudizi, "*saltare alle conclusioni*");

(d) teoria della mente, la capacità di comprendere che gli altri hanno stati mentali diversi dai propri e la capacità di fare inferenze corrette sul contenuto di tali stati mentali (ad esempio, comprendere false credenze e suggerimenti). Nessun trattamento psicosociale porta a un miglioramento di tutte le componenti del recupero, perché richiedono prove di stabilità prolungate dei sintomi, libertà dalle ricadute, lavoro normalizzato e funzionamento sociale e vita indipendente. Tali sforzi sono ovviamente costosi in termini economici e di tempo, dato il numero di risorse necessarie per portarli a termine e il tempo necessario per misurare il recupero.

(Chien *et al.*, 2016) ha valutato se l'effetto di una terapia di aderenza basata sul colloquio motivazionale, per le persone con disturbi dello spettro della schizofrenia, comporterebbe una migliore comprensione della malattia e un coinvolgimento, mantenimento dei servizi/interventi forniti. Sappiamo che le attuali linee guida pratiche per la cura della schizofrenia raccomandano che i farmaci antipsicotici siano essenziali per il trattamento di mantenimento a lungo termine dei pazienti e che la loro non aderenza è un ostacolo principale alla prevenzione delle ricadute. Si tratta di uno studio randomizzato controllato che si è svolto all'interno di due Centri di Riabilitazione Psichiatrica. Hanno partecipato 134 pazienti ambulatoriali con disturbi dello spettro della schizofrenia; 67 di loro hanno ricevuto una terapia di aderenza di sei sessioni (oltre alle cure abituali) e 67 hanno ricevuto le solite cure psichiatriche. Le misure di esito dei partecipanti includevano la gravità dei sintomi, l'aderenza ai farmaci, i tassi di ospedalizzazione, la comprensione della malattia/trattamento e il funzionamento. La terapia tramite il colloquio motivazionale è stata condotta da sei infermieri psichiatrici di comunità che hanno frequentato due corsi di formazione per un'intera giornata e consisteva nell'adozione di alcune strategie per affrontare i principi culturali cinesi, come risolvere un forte egocentrismo, discutere lo stigma sociale percepito e incoraggiare la famiglia nel sostegno. Mirava a coinvolgere i partecipanti nell'educazione alla malattia e al suo trattamento, nell'affrontare i loro bisogni e le loro preoccupazioni nell'aderenza ai farmaci portandoli a fissare obiettivi. Il gruppo che usufruiva di un classico trattamento psichiatrico ha ricevuto un trattamento di routine ed era seguito del servizio infermieristico psichiatrico di comunità. Consisteva in consulenze e cure psichiatriche da

parte di uno psichiatra, visite domiciliari, valutazione dello stato di salute mentale e una breve istruzione sul trattamento e sui farmaci da parte dell'infermiere psichiatrico di comunità. Il gruppo della terapia di aderenza ha riportato miglioramenti nella gravità dei sintomi, nella comprensione della malattia/trattamento, nel funzionamento, nella durata dei ricoveri e nell'aderenza ai farmaci nel follow-up di 18 mesi, rispetto alle sole cure usuali. Questo approccio basata sul colloquio motivazionale può essere molto efficace, un modello terapeutico centrato sulla persona e potrebbe diventare una parte integrante del programma riabilitativo di comunità, fornito dal servizio di assistenza ambulatoriale, insieme ai trattamenti farmacologici e altri trattamenti psichiatrici.

(Solomon et al., 2021) manifesta una certa preoccupazione nell'esistenza degli ostacoli, che impediscono l'erogazione di cure orientate alla recovery nelle strutture sanitarie di salute mentale. Queste barriere includono gli atteggiamenti, le abilità e la conoscenza del personale in prima linea, ma non bisogna dimenticarsi del principio fondamentale della pratica orientata al recupero che *“gli infermieri riconoscano che coloro che hanno problemi di salute mentale sono prima di tutto esseri umani con punti di forza, interessi, valori e bisogni unici (Deegan, 1996; Farkas et al., 2005)”*. Partecipanti allo studio sono dieci infermieri, otto donne e due uomini, di età compresa tra i 20 ei 50 anni. Sette partecipanti hanno avuto un'esperienza infermieristica di oltre 20 anni, con alcuni oltre 30 anni di esperienza. Tre infermieri avevano completato la loro formazione per infermieri neolaureati l'anno precedente. Sono state condotte interviste approfondite individuali, per esaminare in modo significativo l'esperienza vissuta unica di ogni infermiere. Al centro dell'assistenza orientata al recupero tra infermiere e utente del centro, si sono creati spazi terapeutici sicuri, relazionali e di guarigione. La *creazione di uno spazio sicuro* dava la possibilità all'infermiere di poter entrare in contattò con gli utenti angosciati o agitati, oppure entrare nel suo spazio di vita e supportarlo nel suo stato di difficoltà. Un altro elemento chiave della pratica orientata al recupero è la *creazione di uno spazio condiviso*. Qui, gli infermieri hanno affrontato la sfida di passare dal proprio ruolo alla mentalità di due individui che lottano entrambi, per capire come supportarlo al meglio. Per ottenere uno spazio condiviso, gli infermieri in questo studio hanno guardato *“oltre le etichette”* o le diagnosi e hanno deliberatamente cercato di costruire relazioni diverse da quelle descritte nei paradigmi. Per elaborare e trovare un significato nella loro perdita e trauma è importante che gli infermieri forniscano uno *spazio di guarigione* agli utenti del servizio. La comprensione della pratica

orientata al recupero nell'assistenza infermieristica per la salute mentale acuta continuerà a svilupparsi, senza mai arrivare a una singola *"verità"*. Pertanto, i risultati rafforzano parte di ciò che è già discusso in letteratura sulla pratica orientata al recupero, inclusa la necessità di guardare oltre i sintomi e le diagnosi per lavorare in collaborazione con le persone, infondendo speranza e sostenendo i punti di forza e gli obiettivi dell'individuo (Slade, 2012).

CAPITOLO 5: CONSIDERAZIONI FINALI E CONCLUSIONI

5.1 Conclusione e discussione dati

Sono emersi diversi approcci orientati al recupero per la schizofrenia, che è stata tradizionalmente vista come una condizione con un decorso sfavorevole che non possano vivere una vita produttiva e soddisfacente. I risultati della revisione suggeriscono che le abilità degli infermieri verso le persone affette da schizofrenia, hanno portato un cambiamento positivo e hanno sviluppato una nuova cultura orientata alla *recovery*. Inoltre, i cambiamenti nelle conoscenze e negli atteggiamenti hanno contribuito alla riduzione delle tecniche restrittive, all'ottimismo e hanno facilitato un miglioramento della soddisfazione sul lavoro da parte dei professionisti. L'alleanza terapeutica è una parte fondamentale del ruolo infermieristico che sottolinea la centralità della speranza, dell'identità, del significato. Rappresenta la chiave per il raggiungimento di risultati positivi per le persone che usufruiscono dei servizi di salute mentale, che tuttavia, queste relazioni a volte sono difficili da sviluppare e mantenere. Tale formazione è suggerita in tutte le aree dei servizi di salute mentale e si raccomanda ai professionisti di avere una formazione continua e completa orientata al recupero per mantenere le proprie conoscenze, abilità e attitudini per migliorare la pratica. Gli infermieri, hanno il compito di implementare approcci collaborativi, olistici e di recupero ma prima di educare o formare, è importante che siano motivati ad apprendere.

I servizi di salute mentale dovrebbero utilizzare pratiche che hanno una base di prove che riflettano, come minimo, i quattro valori fondamentali del recupero (*orientamento personale, coinvolgimento della persona, autodeterminazione/scelta e potenziale di crescita*) al fine di rimanere pertinenti ed efficaci nelle vite delle persone. Dobbiamo creare servizi orientati sulle persone o sull'esperienza umana, non sui "*casi*", il termine "*niente su di noi senza di noi*" (Charlton 2000) è diventato un grido di richiamo per comunicare l'idea che nulla dovrebbe essere deciso senza la piena e diretta partecipazione, orientati sulla collaborazione e non sulla conformità, orientati sulla scelta e non sulla coercizione, sull'impegno per la speranza ma non sull'impotenza, che promettono qualcosa di più di una semplice sopravvivenza o mantenimento

Se si vuole cercare di facilitare il recupero nelle persone con schizofrenia, è necessario un numero maggiore di studi per valutare gli effetti degli approcci terapeutici combinati. Sono necessarie ulteriori ricerche infermieristiche per poter stabilire una base solida per tale

cambiamento (Stubblefield e Murray, 2002) e le istituzioni accademiche, gli ospedali dovrebbero includere i risultati di tale ricerca nei loro programmi di istruzione e formazione infermieristica.

Nonostante la poca formazione formale nella pratica orientata al recupero, gli infermieri hanno riconosciuto l'importanza di creare spazi sicuri e curativi e mantenere la speranza. C'è una forte convinzione che il processo di recovery richiede tempo, pazienza, ma è fondamentale nell'aiutare il malato psichiatrico. È importante sapere come sta, se la sua storia di vita ha influenzato il modo di affrontare la malattia ed il vivere in comunità.

SITOGRAFIA

Esordio psicotico: Focus sulla persona e processi di recovery - Psichiatria. (2021, ottobre 18). State of Mind. <https://www.stateofmind.it/2021/10/esordio-psicotico-recovery/>
Manuale IP6 | PDF. (s.d.). Scribd. Recuperato 5 settembre 2022, da [https://it.scribd.com/document/335445380/Manuale IP6](https://it.scribd.com/document/335445380/Manuale-IP6)

Mental disorders. (s.d.). Recuperato 4 settembre 2022, da <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Italian Society of Psychopathology. <https://www.jpsychopathol.it/article/la-diagnosi-di-schizofrenia-problematiche-attuali/>

Salute, M. della. (s.d.). Che cos'è la salute mentale. Recuperato 4 settembre 2022, da <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

Salute, M. della. (s.d.). Classificazioni ICD. Recuperato 8 ottobre 2022, da https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1982&area=statisticheSSN&menu=definizioni

Schizophrenia. (s.d.). Recuperato 5 ottobre 2022, da <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

SIEP. (s.d.). Pubblicato il World Mental Health Report 2022. SIEP - Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica. Recuperato 7 ottobre 2022, da <https://siep.it/pubblicato-il-world-mental-health-report-2022/>

BIBLIOGRAFIA

- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441–449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>
- Arana, G. W., Ornstein, M. L., Kanter, F., Friedman, H. L., Greenblatt, D. J., & Shader, R. I. (1986). The use of benzodiazepines for psychotic disorders: A literature review and preliminary clinical findings. *Psychopharmacology Bulletin*, 22(1), 77–87.
- Barrera, A., Curwell-Parry, O., & Raphael, M.-C. (2019). Hebephrenia is dead, long live hebephrenia, or why Hecker and Chaslin were on to something. *BJPsych Advances*, 25(6), 373–376. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.24>
- Basaglia, F., & Ongaro, F. B. (2018). A problem of institutional psychiatry: Exclusion as a social and psychiatric category. *International Review of Psychiatry*, 30(2), 120–128. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1436324>
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and Consumer delts of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 432–442. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj044>
- Bennett M., *Virginia Woolf and neuropsychiatry*, Springer Science & Business Media, 2013, p. 95
- Berardelli, I., Rogante, E., Sarubbi, S., Erbuto, D., Lester, D., & Pompili, M. (2021). The Importance of Suicide Risk Formulation in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 779684. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.779684>
- Bergsholm, P. (2016). Is schizophrenia disappearing? The rise and fall of the diagnosis of functional psychoses: an essay. *BMC Psychiatry*, 16(1), 387. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1101-5>
- Biondi, M., Bersani, F. S., & Valentini, M. (2014). IL DSM-5: L'edizione italiana. *Rivista di Psichiatria*, 49(2), 57–60.
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 170–177. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x>

- Black, D. W., & Boffeli, T. J. (1989). Simple schizophrenia: Past, present, and future. *The American Journal of Psychiatry*, 146(10), 1267–1273. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.10.1267>
- Brugnoli, R. (s.d.). *Schizofrenia: Il problema delle dimensioni psicopatologiche*. 15.
- Carbon, M., & Correll, C. U. (2014). Thinking and acting beyond the positive: The role of the cognitive and negative symptoms in schizophrenia. *CNS Spectrums*, 19 Suppl 1, 38–52; quiz 35–37, 53. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000601>
- Carman, J. S., Bigelow, L. B., & Wyatt, R. J. (1981). Lithium combined with neuroleptics in chronic schizophrenic and schizoaffective patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 42(3), 124–128
- Corbelli L., Fontana M., *Psicoanalisi e schizofrenia: un quadro in divenire*, Milano, Angeli, 2016, p. 49
- Caroff, S. N., Hurford, I., Bleier, H. R., Gorton, G. E., & Campbell, E. C. (2015). Recurrent Idiopathic Catatonia: Implications beyond the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience: The Official Scientific Journal*
- Carozza P., *Dalla centralità dei servizi alla centralità della persona: l'esperienza di cambiamento di un Dipartimento di Salute Mentale*, Milano, Angeli, 2014.
- Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Milano, FrancoAngeli, 2006.
- Chien, W. T., Mui, J., Gray, R., & Cheung, E. (2016). Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: A randomised control-led trial. *BMC Psychiatry*, 16, 42. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0744-6>
- Chu, L. Y., Chang, T. W., Dai, T. Y., Hui, L., Ip, H. T., Kwok, S. Y., Ying, K. L., Chan, F. M., & Bressington, D. (2020). Mental health nurses in non-uniform: Facilitator of recovery process? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(5), 509–520. <https://doi.org/10.1111/jpm.12599>
- Cutting J. (1990) *The Right Cerebral Hemisphere and Psychiatric Disorders*. Oxford University Press, Oxford
- Dean, L. (2012). Schizophrenia. In V. M. Pratt, S. A. Scott, M. Pirmohamed, B. Esquivel, M. S. Kane, B. L. Kattman, & A. J. Malheiro (A c. Di), *Medical Genetics Summaries*.

- National Center for Biotechnology Information (US).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK62008/>
- Egeland, K. M., Benth, J. Š., & Heiervang, K. S. (2021). Recovery-oriented care: Mental health workers' attitudes towards recovery from mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), 998–1005. <https://doi.org/10.1111/scs.12958>
- Fink, M., Shorter, E., & Taylor, M. A. (2010). Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 314–320. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp059>
- Francis, A. (2010). Catatonia: Diagnosis, classification, and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 12(3), 180–185. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0113-y>
- Giusti E., Azzi L., *Neuroscienze per la psicoterapia: la clinica dell'integrazione trasformativa*, Roma, Sovera, 2013, p. 111
- Glick, I. D., Stekoll, A. H., & Hays, S. (2011). The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(1), 82–85. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31820597fa>
- Glynn, S. M., Cohen, A. N., Dixon, L. B., & Niv, N. (2005). The Potential Impact of the Recovery Movement on Family Interventions for Schizophrenia: Opportunities and Obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 451–463. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj066>
- Gunasekaran, S., Tan, G. T. H., Shahwan, S., Goh, C. M. J., Ong, W. J., & Subramaniam, M. (2022). The perspectives of healthcare professionals in mental health settings on stigma and recovery—A qualitative inquiry. *BMC Health Services Research*, 22(1), 888. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08248-z>
- Hany, M., Rehman, B., Azhar, Y., & Chapman, J. (2022). Schizophrenia. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>
- Kendler, K. S., McGuire, M., Gruenberg, A. M., & Walsh, D. (1994). An epidemiologic, clinical, and family study of simple schizophrenia in County Roscommon, Ireland. *The American Journal of Psychiatry*, 151(1), 27–34. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.1.27>

- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P., & Marder, S. R. (2009). Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 347. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn177>
- Larson, M. K., Walker, E. F., & Compton, M. T. (2010). Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(8), 1347–1359. <https://doi.org/10.1586/ern.10.93>
- Mallya, A. R., Roos, P. D., & Roebuck-Colgan, K. (1992). Restraint, seclusion, and clozapine. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 53(11), 395–397.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Woods, S. W., Stein, K., Driesen, N., Corcoran, C. M., Hoffman, R., & Davidson, L. (1999). Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *The Psychiatric Quarterly*, 70(4), 273–287. <https://doi.org/10.1023/a:1022034115078>
- Meltzer, H. Y. (1997). Treatment-resistant schizophrenia—The role of clozapine. *Current Medical Research and Opinion*, 14(1), 1–20. <https://doi.org/10.1185/03007999709113338>
- Mueser KT & McGurk SR. (2004). Schizophrenia. *Lancet*, 363(9426), 2063–2072. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)16458-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)16458-1)
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014*. National Institute for Health and Care Excellence (UK). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/>
- Pedersen, C. B., & Mortensen, P. B. (2001). Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Archives of General Psychiatry*, 58(11), 1039–1046. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.11.1039>
- Pernice-Duca, F. (2010). Family Network Support and Mental Health Recovery. *Journal of Marital & Family Therapy*, 36(1), 13–27. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00182.x>
- Poli, E. (1999). La diagnosi di schizofrenia: Problematiche attuali. *Official Journal of the Italian Society of Psychopathology*. <https://www.jpsychopathol.it/article/la-diagnosi-di-schizofrenia-problematiche-attuali/>
- Recovery in Mental Health Reshaping Scientific and Clinical ...http://www.psychiatry.ru/userfiles/file/englitPDFdiM_Amering · Citato da 274 — Reshaping Scientific and

Clinical. Responsibilities. Written by. Michaela Amering and Margit Schmolke. Based on a translation by Peter Stastny. A John Wiley ...

- Reynolds, G. P. (1992). Developments in the drug treatment of schizophrenia. *Trends in Pharmacological Sciences*, 13(3), 116–121. [https://doi.org/10.1016/0165-6147\(92\)90041-4](https://doi.org/10.1016/0165-6147(92)90041-4)
- Rosebush, P. I., & Mazurek, M. F. (2010). Catatonia and its treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 239–242. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp141>
- Rs, K., Ie, S., Rm, M., A, M.-L., Dr, W., Td, C., M, O., Cu, C., Jm, K., J, van O., & Tr, I. (2015). Schizophrenia. *Nature Reviews. Disease Primers*, 1. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67>
- Solomon, B., Sutton, D., & McKenna, B. (2021). The experience and meaning of recovery-oriented practice for nurses working in acute mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 963–974. <https://doi.org/10.1111/inm.12851>
- Skuse, D. (2012). Recovery. *International Psychiatry*, 9(1), 3
- Trifu, S., Istrate, D., & Vasile, A. (2019). Paranoid Schizophrenia from a Philosophical Perspective. *Open Journal of Social Sciences*, 7(12), Art. 12. <https://doi.org/10.4236/jss.2019.712028>
- Turkington, D., Dudley, R., Warman, D. M., & Beck, A. T. (2004). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: A review. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(1), 5–16. <https://doi.org/10.1097/00131746-200401000-00002>
- Velligan, D. I., & Gonzalez, J. M. (2007). Rehabilitation and Recovery in Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 535–548. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.05.001>
- Warner, R. (s.d.). Recovery From Schizophrenia: Psychiatry And Political Economy. 410.