



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di Medicina*

**Corso di Laurea in Infermieristica**

Tesi di Laurea

**LA PSICOEDUCAZIONE PER IL MIGLIORAMENTO  
DELLA QUALITÀ DI VITA E DELL'ADERENZA  
TERAPEUTICA DEL PAZIENTE SCHIZOFRENICO:  
IL RUOLO DELL'INFERMIERE.**

Relatore: Dott. Spanio Daniele

Laureanda: Mattiello Elisabetta

Matricola: 1227649

Anno Accademico 2021-2022



## RIASSUNTO

**Introduzione:** La complessità della cura della schizofrenia richiede l'integrazione di diversi trattamenti. Infatti, oltre alle terapie farmacologiche, richiede interventi per migliorare le abilità sociali, l'aderenza terapeutica e l'integrazione di programmi psicoeducativi per i pazienti e le famiglie.

**Obiettivo:** Obiettivo della ricerca è l'identificazione di strategie educative infermieristiche applicabili in un contesto assistenziale territoriale, capaci di migliorare la qualità di vita della persona affetta da schizofrenia e dei suoi familiari/caregivers.

**Materiali e metodi:** Per la stesura del presente lavoro è stata condotta una ricerca in letteratura all'interno della banca dati specifica per letteratura scientifica PubMed.

**Risultati:** Le evidenze riferiscono significativi miglioramenti nei pazienti che hanno usufruito dei programmi educativi volti ad aumentare l'adesione terapeutica attraverso la consapevolezza, i colloqui motivazionali e l'approfondimento di temi come i benefici e gli effetti collaterali dei trattamenti farmacologici. Inoltre, risulta che interventi educativi rivolti a familiari/caregivers rappresentino un efficace intervento per la diminuzione del loro livello di burden.

**Conclusioni:** I risultati di questa revisione di letteratura rafforzano l'ipotesi iniziale che ne ha motivato l'attuazione secondo la quale integrando con un programma di psicoeducazione le cure standard, nel paziente adulto affetto da schizofrenia si può riscontrare una regressione della sintomatologia psicotica, riducendo e prevenendo il rischio di ricadute e migliorando così la qualità di vita personale e quella della famiglia.

**Parole chiave:** Schizofrenia, psicosi schizofrenica, interventi psicoeducativi, psicoeducazione, aderenza terapeutica, qualità di vita.



## ABSTRACT

**Background:** The complexity of treating schizophrenia requires the integration of different treatments. In addition to antipsychotic therapies, it requires interventions to improve social skills, therapeutic adherence and the integration of psychoeducational programs for patients and families.

**Purpose of the study:** The main aim of this review is the identification of nursing educational strategies which are applicable in a territorial care context, to improve the quality of life of the patients suffering from schizophrenia and that of their families/caregivers.

**Materials and methods:** The main source consulted for the review is the specific database for scientific literature called PubMed.

**Results:** The selected studies revealed significant improvements in patients who have benefited from educational programs aimed at increasing therapeutic adherence through awareness, motivational interviews and in-depth study of issues, such as the benefits and side effects of drug treatments. Furthermore, it appears that educational interventions for family members/caregivers represent an effective intervention for the reduction of their level of burden.

**Conclusions:** The results of this review reinforce the initial hypothesis according to which by integrating standard care with a psychoeducation program, a regression of psychotic symptoms can be found in the adult patients with schizophrenia, reducing and preventing the risk of relapses and improving their quality of life and that of their families.

**Keywords:** Schizophrenia, schizophrenic psychosis, psychoeducational interventions, psychoeducation, therapeutic adherence, quality of life.



## INDICE

### ABSTRACT

INTRODUZIONE..... pag.3

**CAPITOLO 1: FINALITÀ, PROBLEMA E QUESITO DI RICERCA..... pag.5**

1.1 Finalità..... pag.5

1.2 Problema..... pag.5

1.3 Quesiti di ricerca.....pag.5

**CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI .....pag.7**

2.1 Metodologia PIO.....pag.7

2.2 Fonti dei dati e parole chiave .....pag.7

2.3 Criteri di selezione del materiale.....pag.9

2.4 Selezione finale degli studi..... pag.9

**CAPITOLO 3: REVISIONE DELLA LETTERATURA..... pag.11**

3.1 La schizofrenia e il ridotto funzionamento dell'individuo.....pag.11

3.2 I farmaci antipsicotici e il loro funzionamento..... pag.14

3.3 L'importanza dell'aderenza al regime terapeutico.....pag.18

3.4 L'importanza del ruolo dell'infermiere di salute mentale .....pag.20

3.5 Il ruolo della psicoeducazione nell'aderenza terapeutica .....pag.22

3.5.1 Le varie tipologie di psicoeducazione.....pag.24

3.6 La psicoeducazione per il funzionamento sociale e il caregiver.....pag.26

3.6.1 La psicoeducazione per migliorare il funzionamento sociale..... pag.26

3.6.2 La psicoeducazione per ridurre il burden nel caregiver ..... pag.29

**CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....pag.33**

4.1 Discussione ..... pag.33

4.2 Limiti dello studio..... pag.34

4.3 Conclusioni ..... pag.35

### BIBLIOGRAFIA

### ALLEGATI



## INTRODUZIONE

Il presente elaborato di tesi è stato ispirato da un'esperienza di tirocinio effettuata presso un Centro di Salute Mentale (CSM) al termine del percorso formativo universitario. Durante la frequentazione della struttura è emerso un crescente interesse per ciò che rappresenta l'infermiere nell'ambito della salute mentale e in particolare nell'assistenza al paziente schizofrenico e alla sua famiglia.

L'esperienza con il personale sanitario in ambito psichiatrico e, soprattutto, il rapporto diretto con pazienti e caregivers, ha rivelato il potere gravemente penalizzante esercitato dalle patologie psichiatriche sulla qualità di vita non solo della persona malata, ma anche dell'intero nucleo familiare.

L'importanza degli interventi psicoeducativi nel trattamento di alcuni disturbi psichiatrici, come la schizofrenia, sembra ancor oggi essere sottostimata e ancora troppo poco considerato è il loro impiego finalizzato al recupero dell'autocura delle persone affette da questo disturbo che sembrano non avere la possibilità o non essere disposte a prendersi cura di sé stesse, nonostante conservino ancora rilevanti potenzialità. Sebbene i farmaci antipsicotici riducano la sintomatologia, tuttavia, non agiscono in maniera sufficientemente efficace nel ripristinare pienamente le possibilità di questi pazienti di migliorare la loro qualità di vita e la loro integrazione sociale. Al fine di evitare ripercussioni sul piano personale, familiare e sociale causate da questa patologia sembra essere necessario intraprendere percorsi che rientrino nell'ambito della psicoeducazione.

La seguente revisione della letteratura, indaga gli studi che pongono una forte enfasi su alcuni interventi psicoeducativi che si sono dimostrati efficaci nel miglioramento della qualità di vita di pazienti che soffrono di disturbi schizofrenici.

Pertanto, l'intento di questa ricerca è quello di esaminare come gli operatori della salute mentale possano migliorare la qualità della vita e dei pazienti schizofrenici e delle loro famiglie nei contesti assistenziali territoriali.

All'interno del primo capitolo viene fornita la descrizione del problema e la finalità di questa revisione mentre il secondo descrive le modalità con le quali è stata condotta la ricerca di letteratura attraverso le banche dati consultate, le stringhe di ricerca utilizzate

e il modello PIO (P= paziente/problema, I=intervento infermieristico, O=outcome) che ha guidato la raccolta di tutte le fonti citate.

Il terzo capitolo contiene, invece, un'elaborazione sintetica conseguente all'analisi di tutti gli articoli, per esplorare in modo più approfondito gli argomenti oggetto della revisione tra i quali: i disturbi dello spettro della schizofrenia, i farmaci antipsicotici utilizzati, l'importanza dell'aderenza terapeutica, gli interventi psicoeducativi efficaci nel miglioramento della qualità di vita del paziente e il relativo ruolo dell'infermiere di salute mentale. Infine, il quarto ed ultimo capitolo fornisce un confronto critico delle diverse evidenze scientifiche analizzate.

## **CAPITOLO 1: FINALITÀ, PROBLEMA E QUESITO DI RICERCA**

### **1.1 Finalità**

La finalità di questa ricerca è identificare strategie educative infermieristiche applicabili in un contesto assistenziale territoriale, capaci di migliorare la qualità di vita della persona affetta da schizofrenia e dei suoi familiari/caregivers, mediante un miglioramento del funzionamento globale e del grado di aderenza ai trattamenti.

### **1.2 Problema**

La complessità della cura della schizofrenia richiede l'integrazione di diversi trattamenti. Infatti, oltre alle terapie farmacologiche, richiede interventi per migliorare le abilità sociali, lavorative e l'integrazione di programmi psicoeducativi per i pazienti e le famiglie.

Quasi la metà dei pazienti con schizofrenia sperimentano marcatamente la disabilità, ovvero la presenza di una perdita funzionale tale da ostacolare la routine quotidiana della persona, le sue attività, le interazioni sociali e le prestazioni lavorative. L'utilizzo di farmaci antipsicotici è della massima importanza per mitigare i sintomi, prevenire le ricadute e per diminuire la compromissione funzionale del paziente. Tuttavia, le farmacoterapie da sole non si dimostrano sempre sufficientemente efficaci.

Gli obiettivi del trattamento integrato nella schizofrenia includono la riduzione dei sintomi, l'aumento dell'aderenza al trattamento, il miglioramento della continuità delle cure e l'aumento della consapevolezza dei pazienti dei propri bisogni e problemi, favorendo l'autonomia e l'inclusione sociale.

### **1.3 Quesiti di ricerca**

I quesiti di ricerca alla base del presente elaborato sono i seguenti:

- Esistono strategie educative infermieristiche che favoriscono un miglioramento nella qualità di vita del paziente affetto da schizofrenia?
- Quale ruolo assume l'infermiere di salute mentale in questo processo?



## CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

### 2.1 Modello PIO

Il modello PIO utilizzato per questa revisione della letteratura è stato il seguente:

*P: paziente/problema*

Paziente affetto da psicosi schizofrenica in contesto assistenziale territoriale

*I: intervento infermieristico*

Strategie educative infermieristiche volte a migliorare l'aderenza terapeutica e la qualità di vita del paziente e della sua famiglia.

*O: outcome*

Il paziente:

- riferisce una diminuzione della gravità dei sintomi psicotici;
- mantiene un'adeguata compliance farmacologica;
- mostra un miglioramento del funzionamento sociale;
- vive un minor numero di riacutizzazioni di malattia rispetto al periodo precedente la fruizione di percorsi di psicoeducazione.

### 2.2 Fonti dei dati e parole chiave

Per la stesura del presente lavoro è stata condotta una ricerca in letteratura all'interno della banca dati specifica per letteratura scientifica PubMed, applicando precisi criteri di selezione. Alcune evidenze sono state ricavate anche tramite siti internet di rilevanza nazionale ed internazionale (Ministero della Salute, World Health Organization, Epicentro-Istituto Superiore di Sanità e Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche). La consultazione dei documenti in versione elettronica è stata possibile tramite il servizio di Auth-Proxy fornito dalla Biblioteca Pinali dell'Università degli Studi di Padova. La ricerca nella Banca dati Pubmed è stata svolta componendo stringhe di ricerca attraverso l'utilizzo di termini MeSH (Medical Subject Headings) e altri termini liberi combinati con operatori booleani (Tabella I - Stringhe di ricerca e risultati della ricerca in banche dati).

**Tabella I - Stringhe di ricerca e risultati della ricerca in banche dati**

<b>Stringa di ricerca</b>	<b>Database</b>	<b>Risultati</b>	<b>Esclusi</b>	<b>Articoli selezionati</b>
Schizophrenia AND psychoeducation AND interventions	PubMed	<b>121</b>	<b>114</b>	<b>7</b>
"Schizophrenia"[Mesh] AND quality of life	PubMed	<b>67</b>	<b>61</b>	<b>6</b>
("Antipsychotic Agents"[Mesh]) AND "Schizophrenia"[Mesh] AND "Patient Education"[Mesh]	PubMed	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>4</b>
("Antipsychotic Agents"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh] AND Schizophrenia	Pubmed	<b>38</b>	<b>33</b>	<b>5</b>
("Schizophrenia"[Mesh] ) AND "Caregivers"[Mesh] AND "Family"[Mesh]	PubMed	<b>41</b>	<b>36</b>	<b>5</b>
Schizophrenia AND self-stigma	PubMed	<b>74</b>	<b>72</b>	<b>2</b>
Schizophrenia AND therapeutic alliance	PubMed	<b>66</b>	<b>63</b>	<b>3</b>
Schizophrenia AND psychoeducation	PubMed	<b>38</b>	<b>34</b>	<b>4</b>
<b>Totale</b>		<b>463</b>	<b>427</b>	<b>36</b>

### **2.3 Criteri di selezione del materiale**

La raccolta degli articoli all'interno delle diverse banche dati è avvenuta nel rispetto dei criteri di inclusione ed esclusione elencati di seguito. Lingua e disegno di studio non hanno rappresentato variabili (in nessuna modalità di espressione) costituenti criteri di esclusione, mentre questi erano rappresentati dalla non pertinenza con il quesito di ricerca e con il contesto territoriale

La selezione degli articoli è avvenuta tramite l'applicazione dei seguenti filtri all'interno dei database scientifici:

- Criterio temporale: anno di pubblicazione 2016-2022;
- Tipologia di documento: RCTs, meta analisi, revisioni sistematiche, articoli di revisione, studi comparativi, studi osservazionali, studi multicentrici;
- Presenza di full text dello studio;
- Età dei partecipanti: tra i 18 e i 65 anni.

Successivamente, si è verificata la congruenza degli articoli con i seguenti criteri di inclusione stabiliti:

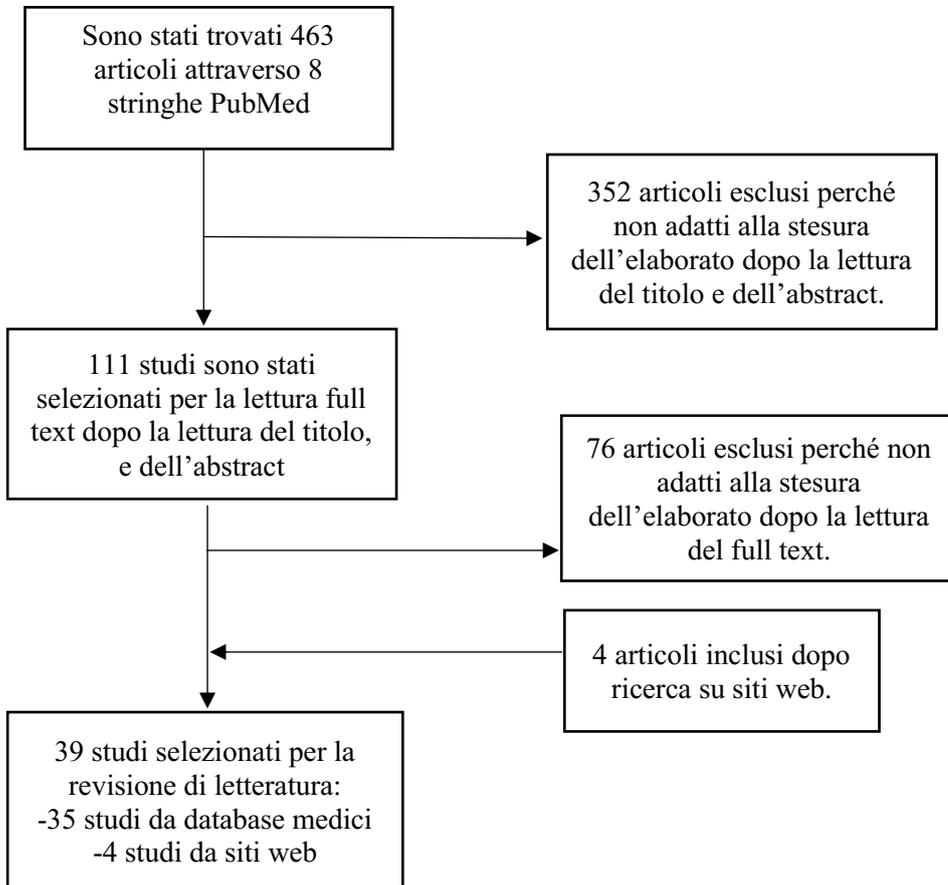
- Pertinenza con il quesito di ricerca;
- Contesto assistenziale: territoriale.

La prima fase di analisi è stata incentrata sulla lettura del titolo dello studio e dell'abstract in modo tale da includere gli articoli strettamente focalizzati sull'argomento della ricerca. Gli studi che sono stati inclusi sono poi stati letti e analizzati interamente.

### **2.4 Selezione finale degli studi**

La selezione finale degli studi viene di seguito rappresentata in Fig. 1 (Figura 1 - Diagramma di flusso della selezione di letteratura). Complessivamente la revisione di letteratura si è basata su un totale di 39 studi considerati pertinenti (38 in lingua inglese e 1 in francese), presenti in full text.

Tutti gli articoli recuperati dalla ricerca sono stati puntualmente sintetizzati nell'Allegato 1 (Allegato 1 - Sintesi delle principali evidenze bibliografiche).



**Fig. 1 - Diagramma di flusso della selezione di letteratura**

## CAPITOLO 3: REVISIONE DELLA LETTERATURA

### 3.1 La schizofrenia e il ridotto funzionamento dell'individuo

Lo spettro schizofrenico e di altri disturbi psicotici includono schizofrenia, altri disturbi psicotici e disturbo schizotipico di personalità. Sono definiti da anomalie in uno o più dei seguenti cinque domini: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato (linguaggio), comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (incluso catatonia) e sintomi negativi (1).

La più recente edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSMV), edita in Italia nel 2014, si riferisce a “disturbi dello spettro della schizofrenia” elencando diversi sottotipi (delirante, psicotico breve, schizofreniforme, schizoaffettivo, disturbo psicotico indotto da sostanze, disturbo psicotico dovuto ad una condizione medica, catatonia), che si distinguono tra loro per differenze nell'esordio e sintomatologia (2).

Per comprendere ancor meglio il peso che questa patologia rappresenta al giorno d'oggi, è opportuno andare ad evidenziare alcuni dati di livello nazionale e internazionale.

La schizofrenia colpisce circa 24 milioni di persone o 1 persona su 300 (0,32%) in tutto il mondo. Questo tasso è di 1 persona su 222 (0,45%) tra gli adulti. La malattia si manifesta in percentuali simili negli uomini e nelle donne, ma in quest'ultime si osserva la tendenza a sviluppare la malattia in età più avanzata.

Per quanto riguarda l'Italia, invece, vi sono circa 245.000 persone che soffrono di questo disturbo. Coloro che si ammalano appartengono a tutte le classi sociali. Non si tratta, pertanto, di un disturbo causato dall'emarginazione o dal disagio sociale. L'esordio avviene più spesso durante la tarda adolescenza e gli anni venti, e tende a verificarsi prima tra gli uomini che tra le donne (3).

Le persone con schizofrenia hanno una probabilità da 2 a 3 volte maggiore di morire prima rispetto alla popolazione generale. Ciò è spesso dovuto a malattie fisiche, come malattie cardiovascolari, metaboliche e infettive. Gli individui affetti mostrano una vasta gamma di problemi nella loro capacità di vedere, ascoltare ed elaborare le informazioni provenienti dal mondo che li circonda (cioè la percezione). Potrebbero anche avere interruzioni dei loro normali schemi di pensiero, emozioni e

comportamenti. Per molte persone con la schizofrenia, i problemi con aspetti così basilari della vita possono portare a disabilità permanente, ripetuti ricoveri ospedalieri e difficoltà nel mantenimento dei legami familiari e sociali (1).

Le relazioni sociali sono spesso interrotte dal ritiro sociale dell'individuo e dalla sua incapacità di comunicare. Le famiglie sono gravate dallo sforzo di prendersi cura di un parente affetto da disturbi mentali e dallo stigma della patologia. Proprio perché il disturbo è così grave e comune, la schizofrenia è ora vista come una delle principali preoccupazioni per la salute pubblica.

La schizofrenia è classificata come un disturbo psicotico, definito dalla presenza di almeno due dei cinque seguenti domini di sintomi:

1. Deliri: false credenze fisse che non rispondono a prove contrarie. Deliri che possono essere ulteriormente classificati come non bizzarri o bizzarri. Una bizzarra illusione descrive una convinzione che non è considerata plausibile dalla cultura o dalla società del paziente.

2. Allucinazioni: la percezione di uno stimolo esterno in assenza di esso nella realtà.

Le allucinazioni possono verificarsi attraverso uno qualsiasi dei cinque sensi. Le allucinazioni uditive, la percezione di una voce esterna distinta dai pensieri interni, sono comunemente documentati nella schizofrenia.

3. Pensiero disorganizzato: anomalia nella logica o progressione delle idee, spesso rilevata al colloquio attraverso la comunicazione del paziente.

4. Comportamento disorganizzato: comportamenti anormali o eccessivi. Un comportamento disorganizzato può includere sintomi di catatonìa, una reattività ridotta o inappropriata che può includere movimenti senza scopo, posture prolungate o completa assenza di parola e movimento (1).

I sintomi positivi sopra descritti sono generalmente ben riconosciuti dagli operatori sanitari ma anche dai laici. Gli attuali metodi di trattamento sono generalmente efficaci nella gestione di questi sintomi, definiti sintomi positivi (4).

5. Sintomi negativi: I sintomi negativi della schizofrenia rappresentano deficit in diversi domini, come la perdita o la diminuzione delle emozioni del pensiero e del movimento. Esempi di sintomi negativi sono l'anedonia, la depressione, l'avorizzazione

(mancanza di motivazione/volontà di portare a termine compiti o addirittura di iniziarli), appiattimento affettivo e povertà di linguaggio (alogia). I concetti, definizioni e metodi di misurazione dei sintomi negativi hanno più eterogeneità rispetto ai sintomi positivi. I sintomi negativi possono essere altrettanto suddivisi in sintomi negativi primari e secondari. (1).

I sintomi negativi primari sono considerati parte del processo patologico nella schizofrenia, mentre i sintomi negativi secondari sono causalmente associati a eziologie ben definite, ad esempio sintomi positivi o malattie psichiatriche o neurologiche concomitanti, effetti collaterali dei farmaci o deprivazione sociale.

I sintomi negativi sono stati considerati il nucleo della psicopatologia o comunque i sintomi fondamentali nella schizofrenia. Poiché questi ultimi sono associati a una riduzione del funzionamento dell'individuo, il loro riconoscimento, una corretta valutazione e trattamento sono di grande importanza (4).

La depressione nella schizofrenia rappresenta una sfida dal punto di vista diagnostico, psicopatologico e terapeutico. I sintomi depressivi sono associati a maggiori menomazioni nella sfera del benessere e del funzionamento globale, nonché un aumentato rischio di suicidio, rendendo la depressione nella schizofrenia un'area chiave di valutazione e di intervento. La presenza di un forte stigma interiorizzato è associata a livelli di depressione maggiore (5).

L'autostigma rappresenta l'auto-percezione negativa dell'individuo, che può indurre problemi come bassa autostima, scarsa cura di sé e ritiro sociale (6).

Pazienti con schizofrenia che vivono in una società dove il pregiudizio e la discriminazione è comune, è estremamente probabile che interiorizzino questa percezione negativa, con conseguente autostigma causato dallo stigma loro imposto dall'ambiente esterno.

Nel corso dello sviluppo della psichiatria, anche se molti studiosi internazionali hanno fortemente promosso i concetti di “de-stigmatizzazione” e “anti-discriminazione”, rimane il fatto che tendono ad essere i pazienti stessi ostacolati dalla loro percezione negativa di sé una volta sviluppata l'autostigmatizzazione (6).

In questo elaborato di tesi si discorre la schizofrenia nella sua accezione più estensiva, senza entrare nel merito di ciascun disturbo patologico specifico. Il motivo di questo orientamento è quello di rimanere coerente all'obiettivo di ricerca, ossia verificare

quali interventi l'infermiere psichiatrico territoriale può mettere in atto per migliorare la qualità di vita di tutte le persone che sono affette da psicosi schizofrenica.

### **3.2 I farmaci antipsicotici e il loro funzionamento**

Data la compresenza di tutti questi sintomi attribuibili alla patologia schizofrenica, si ricorre al trattamento degli stessi attraverso la somministrazione di farmaci cosiddetti “antipsicotici”, i quali hanno l’importante funzione di andare a ridurre i sintomi positivi e negativi del paziente e conseguentemente permettono di migliorare direttamente la sua qualità di vita e indirettamente quella del caregiver.

I farmaci antipsicotici, precedentemente noti come neurolettici, sono usati per trattare i sintomi della psicosi, come i deliri e allucinazioni osservate nella schizofrenia, nel disturbo schizoaffettivo e nella fase maniacale del disturbo bipolare (7).

Negli ultimi decenni sono stati immessi nel mercato nuovi farmaci antipsicotici e l’attuale pratica clinica psichiatrica ne dispone di diversi.

La scelta di un agente antipsicotico dipende da molti fattori che sono specifici per ogni singolo paziente. Pertanto, prima di iniziare il trattamento con farmaci antipsicotici, si raccomanda di raccogliere informazioni sulle preferenze e le risposte al trattamento precedenti per poi discutere con il paziente i potenziali benefici e rischi dei farmaci rispetto ad altre opzioni di gestione (8).

Sono stati introdotti nell’uso clinico dagli anni '50 e rappresentano il trattamento medico primario per la schizofrenia, negli episodi psicotici di mania acuta, depressione psicotica e psicosi indotta da farmaci. L'azione principale di tutti gli antipsicotici nel sistema nervoso è bloccare i recettori per il neurotrasmettitore dopamina; tuttavia, il meccanismo d'azione terapeutico è solo parzialmente compreso. I recettori della dopamina sono classificati in sottocategorie (D1, D2, D3, D4, e D5). Tra questi quelli che sembrerebbero produrre i sintomi psicotici sono quelli appartenenti al secondo gruppo (D2, D3, e D4). I farmaci antipsicotici convenzionali o di prima generazione sono potenti antagonisti dei recettori D2, D3, e D4. Questo li rende efficaci nel trattamento dei sintomi target, ma produce anche molti sintomi extrapiramidali a causa del blocco dei recettori D2 (10).

Nella tabella seguente (Tabella I – Proprietà dei legami recettoriali dei farmaci antipsicotici di prima e seconda generazione) vi è una rappresentazione schematica delle proprietà di legame recettoriale dei vari farmaci antipsicotici.

**Tabella I – Proprietà dei legami recettoriali dei farmaci antipsicotici di prima e seconda generazione (8).**

Trade name		D <sub>1</sub>	D <sub>2</sub>	D <sub>3</sub>	D <sub>4</sub>	D <sub>5</sub>	5-HT <sub>1A</sub>	5-HT <sub>2A</sub>	5-HT <sub>2C</sub>	5-HT <sub>7</sub>	H <sub>1</sub>	Musc M <sub>1</sub>	α <sub>1</sub>	α <sub>2</sub>	Comments
<b>First-generation antipsychotics</b>															
Chlorpromazine	Thorazine	+	+++	+++	++	+	0	+++	++	++	+++	++	+++	+	
Fluphenazine	Prolixin	++	++++	++++	++	++	+	++	+	+++	++	0	+++	0	
Haloperidol	Haldol	+	+++	+++	+++	+	0	++	0	+	0	0	0	++	0
Loxapine	Loxitane	++	++	++	+++	++	0	+++	++	++	+++	+	++	0	
Molindone	Moban	0	++	++	0		0	0	0	0	0	0	0	+	
Perphenazine	Trilafon	++	++++	++++	++		0	+++	+	++	+++	0	++	+	
Pimozide	Orap	0	++++	+++	++		+	++	0	++++	+	+	+	+	Moderate activity at dopamine transporter
Thioridazine	Mellaril	++	++	+++	++	+	+	++	++	++	++	+++	+++	+	
Thiothixene	Navane	+	++++	++++	+	+	+	++	0	++	+++	0	++	0	
Trifluoperazine	Stelazine	+	+++	++++	++		+	++	+	+	++	+	++	0	
<b>Second-generation antipsychotics</b>															
Aripiprazole	Abilify	+	////	+++	+	0	///	+++	++	++	++	0	++	+	
Asenapine	Saphris, Secuado	+++	+++	++++	+++		+++	++++	++++	++++	+++	0	+++	+++	
Brexipiprazole	Rexulti	+	///	+++	++++		///	++++	++	+++	++	0	+++	++++	
Cariprazine	Vraylar		///	++++			///	++	+	+	++	0	+		
Clozapine	Clozaril, FazaClo, Versacloz	+	+	+	++	+	/	+++	++	++	+++	///	+++	+	
Iloperidone	Fanapt	+	++	++	++	+	///	++++	++	++	+	0	+++	+++	
Lurasidone	Latuda	+	+++	+++	++		/	++++	+	++++	0	0	++	++	
Olanzapine	Zyprexa	++	++	++	++	++	0	+++	++	+	+++	+++	++	+	
Paliperidone	Invega	+	+++	+++	++	++	+	++++	++	+++	+++	0	+++	++	
Quetiapine	Seroquel	0	+	+	0	0	/	+	0	+	+++	+	++	0	
Risperidone	Risperdal	+	+++	+++	+++	+	+	++++	++	+++	++	0	+++	+++	
Ziprasidone	Geodon	+	+++	+++	++	+	///	++++	++++	+++	++	0	+++	+	Weak activity at norepinephrine and serotonin transporter

Note. ++++ = very strong binding (K<sub>i</sub> < 1 nM); +++ = strong binding (1 nM ≤ K<sub>i</sub> < 10 nM); ++ = moderate binding (10 nM ≤ K<sub>i</sub> < 100 nM); + = weak binding (100 nM ≤ K<sub>i</sub> < 1,000 nM); 0 = very weak or negligible binding (K<sub>i</sub> ≥ 1,000 nM). For partial agonists, / is used instead of + to denote relative binding values.

Source. Latuda 2018; Lexicomp 2019; Maeda et al. 2014; Micromedex 2019; Olten and Bloch 2018; PDSP 2019; Procyshyn et al. 2019; Rexulti 2019; Roth et al. 2000; Saphris 2017; Vraylar 2019.

Come descritto sopra, i farmaci antipsicotici (soprattutto quelli di prima generazione), possono provocare nel paziente l'insorgenza di alcuni importanti effetti collaterali.

Con reazioni extrapiramidali includiamo una serie di gravi sintomi neurologici come distonie acute, acatisia e parkinsonismo.

-La distonia acuta comprende rigidità muscolare acuta e crampi, difficoltà nella deglutizione e, nei casi più gravi, laringospasmo e difficoltà respiratorie. È più probabile che si verifichi la distonia la prima settimana di trattamento, nei pazienti di età inferiore ai 40 anni e di sesso maschile.

-Il parkinsonismo indotto da farmaci antipsicotici, invece, presenta sintomi che assomigliano a quelli del morbo di Parkinson e includono una postura rigida e curva, ipomimia, ridotta oscillazione del braccio, un'andatura strascicata (a piccoli passi); rigidità muscolare, scialorrea, tremore e bradicardia.

-L'acatisia è riferita come un intenso bisogno di muoversi. Il paziente appare irrequieto e agitato, spesso con una postura o un'andatura rigida e una mancanza di gesti spontanei. Questa sensazione di irrequietezza e l'incapacità di stare fermi o riposare spesso portano i pazienti a interrompere i loro trattamenti con i farmaci antipsicotici (7).

Date le importanti conseguenze dettate dagli effetti collaterali di questi farmaci, risulta fondamentale il coinvolgimento del paziente su questo tema.

Menzionare l'esistenza di possibili effetti collaterali aiuta i pazienti a identificare e segnalare l'insorgenza di effetti collaterali e può anche favorire il mantenimento di un'alleanza terapeutica. I pazienti con schizofrenia hanno spesso disturbi dell'attenzione e altri disturbi cognitivi che potrebbero essere più accentuati durante un'esacerbazione, quindi è utile tornare sull'argomento dell'identificazione dei sintomi target e sulla discussione degli effetti collaterali acuti e a lungo termine in più occasioni mentre il trattamento procede (8).

I farmaci antipsicotici più recenti, atipici o di seconda generazione, come la clozapina (Clozaril), sono bloccanti relativamente deboli della D2, meccanismo che giustifica la minore incidenza di effetti collaterali extrapiramidali. Inoltre, gli antipsicotici di seconda generazione inibiscono la ricaptazione della serotonina, così come alcuni degli antidepressivi, aumentando la loro efficacia nel trattamento degli aspetti depressivi della schizofrenia. Paliperidone (Invega), iloperidone (Fanapt), asenapina (Saphris) e lurasidone (Latuda) sono gli agenti di seconda generazione più recenti.

Nella tabella seguente (Tabella II - I farmaci antipsicotici di prima e seconda generazione con i relativi effetti extrapiramidali), si vanno ad evidenziare in modo schematico le associazioni tra i vari sintomi extrapiramidali con le diverse tipologie di farmaci antipsicotici.

**Tabella II - I farmaci antipsicotici di prima e seconda generazione con i relativi effetti extrapiramidali (8).**

TABLE 6. Antipsychotic medications: relative side effects of oral formulations								
	Trade name	Akathisia	Parkinsonism	Dystonia	Tardive dyskinesia	Hyperprolactinemia*	Anticholinergic	Sedation
<b>First-generation antipsychotics</b>								
Chlorpromazine	Thorazine	++	++	++	+++	+	+++	+++
Fluphenazine	Prolixin	+++	+++	+++	+++	+++	+	+
Haloperidol	Haldol	+++	+++	+++	+++	+++	+	+
Loxapine	Loxitane	++	++	++	++	++	++	++
Molindone	Moban	++	++	++	++	++	+	++
Perphenazine	Trilafon	++	++	++	++	++	++	++
Pimozide	Orap	+++	+++	++	+++	+++	+	+
Thioridazine	Mellaril	+	+	+	+	++	+++	+++
Thiothixene	Navane	+++	+++	+++	+++	+++	+	+
Trifluoperazine	Stelazine	++	++	++	++	++	++	+
<b>Second-generation antipsychotics</b>								
Aripiprazole	Abilify	++	+	+	+	+	+	+
Asenapine	Saphris	++	+	++	++	++	+	++
Brexipiprazole	Rexulti	++	+	+	+	+	+	++
Cariprazine	Vraylar	++	+	+	+	+	++	++
Clozapine	Clozaril, FazaClo, Versacloz	+	+	+	+	+	+++	+++
Iloperidone	Fanapt	+	+	+	+	++	+	++
Lurasidone	Latuda	++	++	++	++	+	+	++
Olanzapine	Zyprexa	++	++	+	+	++	++	+++
Paliperidone	Invega	++	++	++	++	+++	+	+
Quetiapine	Seroquel	+	+	+	+	+	++	+++
Risperidone	Risperdal	++	++	++	++	+++	+	++
Ziprasidone	Geodon	++	+	+	+	++	+	++

Esiste, inoltre, una terza generazione di antipsicotici in fase di sviluppo chiamati stabilizzatori del sistema della dopamina.

Questi farmaci si pensa che stabilizzino la produzione di dopamina; cioè, preservano o migliorano la trasmissione dopaminergica quando questa è troppo bassa oppure la riducono quando è troppo alta. Ciò si traduce nel controllo dei sintomi senza l'insorgenza di effetti collaterali come per gli altri antipsicotici. È stato approvato l'aripiprazolo (Abilify), il primo farmaco di questo tipo clinicamente in uso dal 2002. (7).

### 3.3 L'importanza dell'aderenza al regime terapeutico

Il trattamento raccomandato per la schizofrenia comprende farmaci di mantenimento per prevenire l'esacerbazione dei sintomi. Sfortunatamente, fino al 60% dei pazienti affetti da schizofrenia non assume i farmaci come prescritto. La scarsa aderenza ai farmaci antipsicotici ha gravi conseguenze, incluso il riemergere o il peggioramento dei sintomi psicotici, la riospedalizzazione e scarsi risultati funzionali. Una scarsa aderenza, inoltre, porta a uno spreco di assistenza sanitaria, risorse e aumenta le spese di ricovero correlate alle riospedalizzazioni (1).

La compliance si riferisce in genere alla misura in cui una persona segue il consiglio o le indicazioni fornitegli da un medico. I modelli tradizionali di interazione medico-paziente si sono sempre basati su un rapporto in cui il professionista sanitario informa il paziente sulle migliori scelte terapeutiche per la sua condizione specifica.

Questo approccio tradizionale sta venendo gradualmente sostituito con un modello di decisione condivisa (*Shared decision making*).

Questo processo condiviso con il paziente dovrebbe considerare il suo recupero, i potenziali benefici delle modifiche dei farmaci o delle riduzioni della dose in termini di modifiche o diminuzione degli effetti collaterali e i potenziali danni che derivano da queste (8).

Il processo decisionale condiviso è un processo che coinvolge entrambe le parti (medico e paziente) nelle fasi decisionali riguardanti il trattamento da perseguire in presenza di diverse opzioni terapeutiche. Il coinvolgimento può essere quindi definito come la capacità del paziente di avere un ruolo attivo nelle decisioni e nei piani riguardanti la sua cura (1).

Il coinvolgimento terapeutico dei pazienti è attivato da un genuino interesse degli infermieri di salute mentale per le preferenze individuali dei pazienti e per la pianificazione congiunta al fine di raggiungere obiettivi raggiungibili con piccoli interventi, portando a risultati di successo.

Costruire la fiducia e fornire speranza sono incentivi importanti per migliorare l'alleanza terapeutica e il recupero personale.

In questo modello, entrambe le parti lavorano verso il consenso e si concludono con un approccio terapeutico concordato. Pertanto, i termini aderenza e compliance stanno lasciando il posto a termini come "interesse per il farmaco" o concordanza (1).

Ci sono molti modi diversi in cui le persone possono essere considerate non aderenti al farmaco.

Sebbene siano pochi gli eletti che assumono tutti i farmaci a loro prescritti, la maggior parte delle persone affette da schizofrenia, proprio come tutti gli altri, possono assumere una dose inferiore a quella raccomandata o assumere farmaci a intermittenza, ad esempio solo quando notano che i sintomi peggiorano.

Questo modello di assunzione di farmaci è chiamata aderenza parziale. Per una malattia come la schizofrenia per la quale l'insight sull'essere malati tende a fluttuare, non è chiaro quanti farmaci deve non assumere prima che la persona possa iniziare a credere di non essere malata e di non dover assumere la terapia (1).

Per evidenziare il ruolo che svolge l'insight attorno all'aderenza terapeutica nella schizofrenia, è importante andare ad approfondire qualche dato.

In Europa, lo studio SOHO (n = 7728) ha riportato tassi di interruzione del trattamento compresi tra il 34% e il 66% in 36 mesi di follow-up. Pertanto, è ben noto che la maggior parte degli individui interromperà il trattamento antipsicotico durante il decorso della malattia (1).

Esistono diverse ragioni per cui i farmaci non vengono assunti come indicato.

Per esempio i fattori sistemici come la disponibilità dei prescrittori e gli appuntamenti, i tempi di attesa per vedere il medico, la disponibilità del medico o di altro personale tra un appuntamento e l'altro, la filosofia del servizio sanitario, l'ubicazione dello stesso e la comunicazione tra strutture ospedaliere e ambulatoriali possono favorire o impedire l'aderenza ai farmaci (8).

Una scarsa comunicazione tra i servizi ospedalieri e ambulatoriali può lasciare i pazienti senza un adeguato follow-up dopo la dimissione e di conseguenza senza un medico prescrittore per continuare il farmaco iniziato in un'unità di degenza.

Inoltre, l'aderenza ai farmaci è ampiamente influenzata da gli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici che per alcuni pazienti possono risultare intollerabili (1).

I pazienti tendono a soppesare i benefici dei farmaci (trattamento dei sintomi e del relativo impatto positivo sulla vita) e i costi associati ai farmaci (effetti collaterali e negativi associati impatto sulla vita) quando si riflette sulle proprie esperienze (8).

Si è riscontrato in modo abbastanza coerente, che coloro che si trovano nella fase iniziale della malattia sono più inclini alle interruzioni del trattamento. Ogni ciclo

successivo di interruzione e ripresa del trattamento è stato più lungo del precedente. Ciò potrebbe riflettere la sospensione del trattamento antipsicotico nella fase iniziale della malattia nella speranza che non ci sia un successivo peggioramento clinico, con tentativi più cauti di interromperlo nel tempo (9).

Gli individui hanno maggiori probabilità di assumere farmaci se le loro famiglie sono di supporto alle loro necessità e alle loro cure. Alcune famiglie, però, scoraggiano attivamente l'uso di farmaci. A volte ciò deriva da un'incomprensione della malattia; i membri della famiglia potrebbero non capire la necessità di continuare la terapia una volta che il paziente sta meglio. Possono confondere i sintomi della malattia con gli effetti dei farmaci e incolpare quest'ultimi per "provocare" voci o "portare via la personalità dell'individuo". Altre volte ancora, i membri della famiglia non sono coinvolti nei trattamenti degli individui e non assumono ruoli attivi nelle loro cure (1). Quando i pazienti sono coinvolti nelle scelte relative alla propria salute e cura, valutano attentamente le opzioni e sono più propensi ad apprezzare il valore del trattamento proposto, ad accettare il trattamento con un atteggiamento favorevole.

In effetti, il processo decisionale condiviso ha dimostrato di aumentare l'aderenza al trattamento prescritto e di migliorare i risultati a lungo termine. Inoltre, ciò si è tradotto anche in un'allocazione più efficiente delle risorse sanitarie. Questi ultimi aspetti legati all'aderenza sono particolarmente rilevanti nel contesto della schizofrenia e dei disturbi psicotici, dove l'aderenza ai trattamenti farmacologici è spesso tutt'altro che ottimale e rappresenta la principale causa di recidiva (10).

Un'alleanza terapeutica ottimale dipende dalla fiducia reciproca, dal rispetto, dall'onestà, dall'apertura, e il comfort tra medico e paziente (1).

### **3.4 L'importanza del ruolo dell'infermiere di salute mentale**

Gli infermieri di salute mentale rappresentano oggi la principale professione che lavora all'interno dei servizi di salute mentale e offrono assistenza completa in una varietà di contesti, compresi quelli domiciliari, comunitari e ospedalieri (11).

Tradizionalmente, il ruolo dell'infermiere di salute mentale è stato costruito sulla base di relazioni terapeutiche, questo ruolo terapeutico, svolto in autonomia, contiene anche elementi educativi quando ci si avvicina con un processo di comunicazione-informazione ai pazienti in sedute terapeutiche che si possono sviluppare sia in

ambiente ospedaliero (con degenze nelle 24 ore) che territoriale, attraverso programmi riabilitativi domiciliari o residenziali con il coinvolgimento di associazioni no profit e terzo settore. Negli ultimi decenni, inoltre, si è verificato un notevole cambiamento del ruolo del paziente psichiatrico in sanità, da un destinatario passivo ad un consumatore attivo di informazioni sanitarie. Questo cambiamento ha portato alla “conversione” del ruolo dell’infermiere psichiatrico in un’area prettamente educativa verso paziente. Informare ed educare i pazienti e le famiglie può essere un passo verso il miglioramento delle abilità di vita sociale. Diversi studi in psichiatria forniscono prove convincenti sull’impatto di informare ed educare ad opera degli infermieri (12). Articoli recenti, analizzati criticamente, hanno dimostrato che outcome come il miglioramento delle condizioni di salute degli utenti, l’influenza sui ricoveri e durata in ospedale e la qualità degli utenti sembrano essere raggiunti quando gli Infermieri assumono un modello assistenziale-organizzativo e competenze avanzate (12). L’ultimo rapporto del ministero della Salute datato fine 2021 che riporta le rilevazioni 2020 evidenzia che nei servizi psichiatrici le prestazioni erogate nel 2020 dai servizi territoriali sono state 8.299.120 con una media di 12,3 prestazioni per utente e gli operatori prevalenti sono rappresentati da infermieri (42,7%,) insieme a medici (34,7%). È molto importante notare come il 33,0% degli interventi è rappresentato da attività infermieristica a domicilio e nel territorio, il 22,8% da attività psichiatrica, l’11,4% da attività di riabilitazione e risocializzazione territoriale, il 6,6% da attività di coordinamento e il 6,3% da attività di supporto alla vita quotidiana, il 6,2% da attività psicologica-psicoterapica. Il personale infermieristico risulta, quindi, la figura professionale maggiormente rappresentata (44,8% di 28.807 unità all’interno delle unità operative psichiatriche pubbliche) seguita da medici (18,4%, psichiatri e con altra specializzazione), OTA/OSS (11,2%), educatori professionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica (7,5%) psicologi (6,7%), assistenti sociali (4,0%). I medici sono particolarmente presenti nella sede principale del DSM (39,0% del personale totale), mentre a domicilio le prestazioni si riferiscono per il 70,0% agli infermieri (13).

Da questi dati appare evidente come questa specializzazione dell’infermiere sia di fondamentale importanza a livello assistenziale nei distretti di salute mentale.

Gli infermieri di salute mentale svolgono un ruolo centrale nel rispondere alla crescente domanda di pratiche basate sull'evidenza in psichiatria ambulatoriale, fornendo trattamenti per pazienti e familiari. È molto importante che la formazione infermieristica e le pratiche cliniche riconoscano e sostengano questo ruolo (14).

Per quanto concerne la presente revisione di letteratura, il ruolo assolto dall'infermiere psichiatrico rappresenta il punto cardine nella relazione terapeutico-riabilitativa, soprattutto per quanto riguarda i contesti territoriali.

### **3.5 Il ruolo della psicoeducazione nell'aderenza terapeutica**

Dato che l'aderenza terapeutica costituisce un ruolo centrale all'interno del trattamento della schizofrenia, è importante andare a verificare quale funzione svolge la psicoeducazione in questo ambito.

La comprensione dei fattori che influenzano la non adesione al trattamento farmacologico è fondamentale per identificare gli interventi appropriati. Questi fattori includono la mancanza di comprensione, l'atteggiamento del paziente, i profili rischio-beneficio dei farmaci, il livello di insight, il coinvolgimento della famiglia nel trattamento e il deterioramento cognitivo (15).

I trattamenti integrati farmacologici e psicosociali, come la psicoeducazione e il processo decisionale condiviso, hanno dimostrato di migliorare significativamente i risultati per le persone affette da schizofrenia. Alla base del successo di questi interventi vi è una forte relazione terapeutica tra i pazienti, i loro caregiver e l'equipe sanitaria. Seppur molti riconoscono il valore di questa relazione, purtroppo l'attuazione degli interventi necessari per la sua realizzazione rimane quasi assente (16).

È stato condotto uno studio per valutare se la combinazione tra colloquio motivazionale e psicoeducazione influisca sul tasso di recidiva e stimoli il coinvolgimento delle persone con psicosi nel loro trattamento (17).

Sono state incluse persone con schizofrenia in trattamento antipsicotico orale senza una precedente esperienza con antipsicotici iniettabili a lunga durata d'azione (LAI). I partecipanti all'interno del gruppo di intervento sono stati sottoposti ad un'unica intervista semi-strutturata da parte di un infermiere specializzato in salute mentale. Alla fine dell'intervista, l'infermiere dello studio ha fornito psicoeducazione, discutendo e correggendo le idee sbagliate sulle differenze tra antipsicotici orali e LAI.

Nell' intervista semi-strutturata, che includeva domande su credenze e atteggiamenti nei confronti del trattamento, i pazienti sono stati incoraggiati a discutere le loro idee personali e le ambivalenze riguardo alla loro malattia e al trattamento senza alcuna preferenza per antipsicotici orali o LAI. Nel periodo di follow-up dopo l'intervento, l'analisi corrispondente ha mostrato nove ricoveri in meno nel gruppo di intervento. Ciò potrebbe indicare un effetto reale della psicoeducazione e del colloquio motivazionale sulla frequenza di ricadute, che a sua volta potrebbe essere il risultato di una maggiore adesione e coinvolgimento nel trattamento antipsicotico (17).

Un ulteriore studio sperimentale è stato effettuato per vagliare l'effetto del programma di psicoeducazione basato sulla consapevolezza (insight) e l'aderenza ai farmaci dei pazienti schizofrenici. In questo caso, le tecniche di meditazione della Mindfulness Therapy costituivano il quadro centrale del programma di psicoeducazione e sono state usate come mezzo per aumentare la comprensione e l'aderenza ai farmaci nei pazienti. Utilizzando questo programma psicoeducativo, è stato osservato che i pazienti sono in grado di focalizzare la loro attenzione per riconoscere al meglio i sintomi, i trattamenti, l'effetto della patologia sulle loro vite e sviluppare le loro capacità per affrontare la malattia (18).

In questo modo, si mira ad aumentare l'insight e l'aderenza ai farmaci dei pazienti schizofrenici. Come strumento d'intervento è stato anche distribuito a ciascun paziente un libretto di studio contenente informazioni sulla schizofrenia, i sintomi, il trattamento con farmaci antipsicotici e gli effetti collaterali con i segnali di pericolo riguardanti la malattia. Dai risultati della ricerca è emerso che l'intervento basato sulla consapevolezza ha aumentato l'insight cognitivo e l'aderenza al farmaco dei pazienti nel gruppo sperimentale. Alla luce di questi risultati quindi è chiaro come l'inserimento e l'attuazione di interventi psicosociali basati sulla consapevolezza nella routine dei trattamenti dei Centri di salute mentale possono contribuire al miglioramento nel processo di trattamento dei pazienti schizofrenici (18).

Basato sullo stesso scopo del precedente, è stato condotto uno studio raccogliendo i dati utilizzando la Scala di Morisky per l'aderenza ai farmaci (MMA) e la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). Quest'ultimo ha concluso che la consapevolezza e l'aderenza ai farmaci è bassa negli individui con diagnosi di schizofrenia e può essere evidenziata l'esistenza di una correlazione significativa tra aderenza ai farmaci e

consapevolezza. Ruoli di base come formazione, consulenza, riabilitazione, gestione del caso e assistenza, nonché il follow-up individuale del paziente nel campo, sono tutti attivamente utilizzati dagli infermieri psichiatrici. In termini di benefici e continuità del trattamento, questi ultimi dovrebbero contribuire formando le persone attraverso la consapevolezza (19).

Vi sono molti altri studi che utilizzano il colloquio motivazionale nelle persone con schizofrenia. Uno di questi ha dimostrato che la psicoeducazione basata su tecniche di colloquio motivazionale ha creato una differenza statisticamente significativa nei livelli di aderenza alla terapia, speranza e benessere psicologico dei pazienti nei gruppi sperimentali e di controllo (20).

Il colloquio motivazionale sembra avere un ruolo da protagonista nel monitoraggio dei fattori determinanti il peggioramento del benessere psicologico come depressione, ansia e stress. Quest'ultimo coadiuva lo sviluppo di abilità come: il riconoscimento dei sintomi negativi, il mantenimento della compliance farmacologica, la gestione dei problemi sociali e le carenze funzionali. In questo studio, il metodo per "guardare al futuro" e "riassumere esperienze positive" che è stato utilizzato all'interno può aver determinato questo risultato e anche aver aumentato i livelli di benessere psicologico dei pazienti. L'aderenza al farmaco post-test, la speranza e i livelli di benessere psicologico dei pazienti nel gruppo sperimentale dopo il programma di psicoeducazione erano significativamente più alti rispetto ai loro livelli di pre-test. In linea con questi risultati, viene raccomandato di integrare tecniche di colloquio motivazionale nei programmi di psicoeducazione insieme con i trattamenti farmacologici di routine nei Centri di Salute Mentale, affinché gli infermieri la utilizzino come pratica infermieristica consuetudinaria (20).

Il proseguimento di un regime terapeutico è motivato dalla speranza e dall'impegno verso il ritorno a una vita quotidiana rappresentata dalla partecipazione all'attività e dal funzionamento delle relazioni (21).

### 3.5.1 Le varie tipologie di psicoeducazione

Diversamente da quanto visto finora, la psicoeducazione costituisce una strategia di intervento non farmacologico che combina diversi approcci psicoterapeutici.

Il riconoscimento del limite della terapia farmacologica ha aperto la strada ad approcci terapeutici più ampi, che comprendono le gli interventi psicosociali adatti alle esigenze dei singoli pazienti (22).

Il trattamento psicosociale basato sull'evidenza e gli interventi riabilitativi per la schizofrenia consistono nella psicoeducazione, nella terapia cognitivo comportamentale, nel risanamento cognitivo, nella formazione di abilità sociali, nell'educazione familiare e nel supporto tra pari.

La psicoeducazione è una formazione fornita alle persone con schizofrenia in relazione alla gravità della patologia, ai trattamenti, ai risultati e alle capacità di coping. Consiste nel migliorare la comprensione della malattia e dei trattamenti, permettendo di sviluppare maggior consapevolezza e migliorare l'aderenza terapeutica. Inoltre, attraverso questa forma di educazione vengono sviluppate strategie per riconoscere i segnali di allarme di una possibile ricaduta e prevenire così un nuovo episodio acuto. Può essere erogata individualmente o in gruppo ai pazienti in fase cronica.

Nella psicoeducazione possono essere integrate tecniche di terapia cognitivo comportamentale, da cui molti pazienti possono potenzialmente recuperare e riprendere il loro funzionamento in modo efficace (23).

La terapia cognitivo comportamentale utilizza tecniche terapeutiche mirate nel trattamento dei sintomi psicotici.

Questa si basa sulla premessa che esiste una relazione tra pensieri, emozioni e comportamento. Lo scopo è quello di aiutare il paziente a normalizzare e a dare un significato alle proprie esperienze psicotiche, riducendo il disagio e l'impatto sul funzionamento (22).

Gli studi randomizzati controllati sono iniziati negli anni '90 e fino ad oggi sono stati ampi e metodologicamente rigorosi. Sulla base dei loro risultati, l'influente ente inglese per lo sviluppo delle linee guida, il National Institute for Health and Care Excellence, raccomanda la terapia cognitivo comportamentale per tutti i pazienti con schizofrenia (24).

Più recentemente, i professionisti della salute mentale hanno sviluppato un nuovo intervento comportamentale, chiamato rimedio cognitivo, per il trattamento della schizofrenia. L'obiettivo di questo intervento consiste nel trattare i sintomi cognitivi e negativi. Gli obiettivi specifici includono il miglioramento dell'attenzione, della

memoria, della cognizione sociale e del funzionamento psicosociale più in generale (8).

La psicoeducazione comprende anche la formazione sulle abilità sociali progettata per sviluppare capacità di comunicazione verbale e non verbale, cercando di aiutare i pazienti a valutare i comportamenti sociali in modo appropriato e dare reazioni adatte all'occasione (23).

### **3.6 La psicoeducazione per il funzionamento sociale e il caregiver**

Gli interventi psicoeducativi, oltre che essere applicati per sviluppare una maggiore aderenza terapeutica, possono essere incentrati sul miglioramento del funzionamento sociale del paziente e sulla riduzione del burden nel caregiver.

Questi due ambiti rappresentano un ruolo altrettanto importante nel miglioramento della qualità di vita della persona affetta da schizofrenia e per questo motivo non devono essere sottovalutati.

#### **3.6.1 La psicoeducazione per migliorare il funzionamento sociale**

È stato scoperto che le persone con schizofrenia hanno difficoltà con il processo di regolazione delle emozioni. Vari studi confermano la tesi secondo cui questi pazienti presentano deficit sostanziali di consapevolezza emotiva e presentano una maggiore regolazione delle emozioni che includono ruminazione, rivalutazione, soppressione, e modificazione della situazione, rispetto ai soggetti sani (25).

La Mindfulness o “consapevolezza” è una forma di psicoeducazione che consiste nel distogliere la mente dalle emozioni negative indotte dalla disparità tra aspettativa e realtà concentrandosi sul momento presente, invece di preoccuparsi del futuro o rimpiangere il passato. Uno studio randomizzato controllato ha applicato un programma di psicoeducazione per valutare l'efficacia di quest'ultimo. Questo intervento psicoeducativo basato sulla consapevolezza è stato condotto con la partecipazione di un'infermiera psichiatrica.

I partecipanti sono stati tutti incoraggiati a impegnarsi in una pratica quotidiana di mindfulness per almeno 5 minuti al giorno. La scoperta indica che questo intervento psicoeducativo ha prodotto in modo significativo miglioramenti in alcuni processi di regolazione delle emozioni, come la rivalutazione cognitiva e la ruminazione, per fino

a tre mesi di follow-up. I risultati, inoltre, suggeriscono che potrebbe migliorare la capacità di consapevolezza, ridurre i sintomi della depressione e i disturbi della percezione (25).

Un altro studio, ha effettuato una formazione sulle abilità di consapevolezza emotiva, mediante otto sessioni a cadenza settimanale nelle quali i pazienti furono suddivisi in due gruppi (gruppo di controllo e gruppo di intervento) (26).

Gli aspetti originali di questo programma di formazione sono: l'insegnamento di messaggi corporei che vengono associati con le emozioni, in aggiunta alle espressioni facciali emotive nello sviluppo delle capacità comunicative verbali e non verbali. Il primo risultato ottenuto da questo studio è che i livelli di consapevolezza emotiva del gruppo di intervento sono superiori rispetto a quelli del gruppo di controllo. Ciò può essere dovuto dalla volontà e dagli sforzi dei pazienti di apprendere ed esprimere i propri sentimenti verbalmente e non verbalmente, dal supporto dei membri del gruppo, e dalla varietà di diversi materiali e metodi utilizzati nelle sessioni. Il secondo risultato del presente studio dimostra che la disponibilità a comunicare, la comunicazione non verbale e l'ascolto attivo presentano dei punteggi più alti nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo. La formazione sulle abilità di consapevolezza emotiva fornita nel presente studio ha aumentato significativamente la consapevolezza emotiva e le abilità di comunicazione dei pazienti con schizofrenia. Sulla base dei risultati dello studio, viene raccomandata questa forma di psicoeducazione come parte dei programmi quotidiani di un Centro di Salute Mentale forniti dagli infermieri psichiatrici ai pazienti con schizofrenia (26).

La formazione sulle abilità sociali rappresenta un intervento psicosociale incentrato sul miglioramento dell'interazione sociale e delle abilità interpersonali. La formazione sulle abilità sociali è stata originariamente sviluppata per i pazienti cronici nell'era della deistituzionalizzazione, con una forte attenzione alle abilità di base. Le versioni moderne della formazione delle abilità sociali includono anche approcci incentrati principalmente sulla cognizione sociale e vi è anche una somiglianza con le tecniche cognitivo-comportamentali (27).

Uno studio sperimentale è andato a indagare l'efficacia di un programma di intervento metacognitivo per il sollievo dai sintomi psicotici e il miglioramento del funzionamento cognitivo sociale tra gli adulti con schizofrenia. Il programma si è

concentrato sul miglioramento della metacognizione per incoraggiare la consapevolezza di sé in quanto i sintomi psicotici della schizofrenia distruggono la capacità di un individuo di valutare con precisione la realtà e incidono negativamente sulla qualità di vita, ponendo limiti alla propria vita sociale così come agli aspetti personali della vita quotidiana (28).

Questo studio è andato a esaminare se i partecipanti presentassero una diminuzione dei principali sintomi psicotici e un conseguente miglioramento del funzionamento cognitivo sociale. I risultati hanno indicato che il programma ha effettivamente ridotto i deliri, aumentato le prestazioni personali e la cognizione sociale (28).

Si è andati, inoltre, a verificare l'efficacia della partecipazione dei pazienti a un programma di educazione terapeutica che è stato sviluppato da un gruppo multidisciplinare di operatori sanitari formati in ambito educativo terapeutico (29).

Questo programma prevedeva sessioni settimanali per una durata totale otto mesi, svolto da due operatori, tra cui un infermiere e un relatore esperto specializzato nel tema di ogni sessione: psichiatra, assistente sociale, fisioterapista, psicologo o dietista. Le sessioni hanno riguardato i seguenti temi come la i sintomi della patologia, i trattamenti, lo stile di vita, le conseguenze psicosociali, la famiglia e gli amici, la gestione dello stress e le misure sociali. Attraverso apposite scale di valutazione, ovvero la scala di valutazione globale del funzionamento (GAF) per la qualità oggettiva della vita e l'auto-questionario sulla qualità soggettiva della vita (S-QoL), si è riscontrato un miglioramento significativo della qualità della vita del paziente dopo l'intervento psicoeducativo. Questo studio evidenzia anche un modesto aumento, ma significativo nella sensazione di benessere mentale (29).

Si è riscontrato, inoltre, che 5 variabili di base (ovvero neurocognizione, cognizione sociale, sintomi positivi, avolizione e incentivi disponibili) sono direttamente associate ad almeno un dominio del funzionamento della vita reale oltre alla loro associazione (diretta o indiretta) con il funzionamento di base. In particolare, la neurocognizione è associata alla vita quotidiana e alle abilità lavorative; la cognizione sociale con abilità lavorative e funzionamento interpersonale e l'avolizione con le relazioni interpersonali. Le persone con schizofrenia, anche in stadi avanzati del disturbo, richiedono una valutazione dettagliata delle loro caratteristiche psicopatologiche e funzionali. I ruoli chiave della cognizione sociale e non sociale (che, come dimostrano

i dati, sono associati con diversi domini di funzionamento della vita reale) e di abilità pratiche per soddisfare le esigenze della vita quotidiana supportano fortemente l'adozione di interventi di educazione cognitiva nella cura della salute mentale di routine, in particolare quelli con focus su il trasferimento delle abilità cognitive al funzionamento della vita reale (30).

I vantaggi più rilevanti che derivano dalla combinazione della terapia farmacologica con l'educazione alla gestione emotiva nei pazienti con schizofrenia cronica nella routine clinica quotidiana consistono nei buoni risultati nell'accettazione del trattamento, nel miglioramento della funzione cognitiva e sociale, il format della terapia di gruppo, la manualizzazione del trattamento e la possibilità di svolgere il programma in un ambiente di salute mentale di comunità (31).

### 3.6.2 La psicoeducazione per ridurre il burden nel caregiver

Sebbene i pazienti con malattie mentali coinvolti in programmi di riabilitazione all'interno della comunità siano più stabili e presentano una maggiore compliance alla terapia farmacologica, la loro qualità di vita è fortemente influenzata dai membri della loro famiglia (32).

Gli approcci psicoeducativi familiari, enfatizzano la sensibilizzazione per entrare in contatto con la famiglia della persona con schizofrenia e fornire loro supporto e guida. Inoltre, offrono un'istruzione pratica sulla natura della schizofrenia e su come affrontarla, assistendo gli sforzi del caregiver (6).

L'obiettivo principale dell'educazione familiare è quello di includere i membri della famiglia, caregiver o affiliati interessati nel trattamento e nel processo riabilitativo sia durante il periodo acuto che cronico. Anche in questo caso la psicoeducazione può essere erogata individualmente o in gruppo (23).

L'adattabilità familiare si riferisce alla capacità dei membri della famiglia di adattarsi al cambiamento o ai fattori di stressanti. Dopo aver sofferto la diagnosi di schizofrenia di un parente, i caregiver familiari devono affrontare vari fattori di stress, come lo stigma, le crisi, i comportamenti non conformi o violenti del familiare e tutto ciò rappresenta una grande sfida. (33).

I familiari di pazienti affetti da schizofrenia diventano molto spesso i principali caregiver, anche senza una preparazione adeguata e con poca conoscenza sull'approccio al paziente psichiatrico all'interno della sua vita familiare.

È stato evidenziato che i caregiver possono avere un'esperienza mentale disfunzionale durante il processo di cura, che diminuisce la qualità della vita e i livelli di benessere aumentando la sofferenza e di conseguenza indebolendo la qualità delle cure per i loro familiari con disturbi mentali (34).

Diversi studi hanno svolto delle ricerche su questo tema. È possibile osservare un distress psicologico tra questi familiari, chiamato "burden oggettivo e soggettivo".

Ricercatori esperti definiscono il burden oggettivo come un'eccessiva cura del paziente, che implica costi finanziari e cambiamenti nella routine del caregiver. Per quanto riguarda il burden soggettivo, invece, viene caratterizzato come il grado di disagio che il caregiver familiare percepisce o valuta quando si trova a "curare" la malattia mentale (34).

Alcuni studi hanno dimostrato che i caregiver familiari di individui con schizofrenia lamentano un carico maggiore rispetto a quelli che si prendono cura di un individuo con una malattia medica cronica, riportando una peggiore qualità della vita correlata alla salute. Inoltre, hanno riportato che le emozioni vissute dai caregiver di pazienti con schizofrenia sono spesso "colpa, paura e rabbia" dovute a sentimenti ambivalenti strettamente correlati alla malattia mentale cronica. Il rapporto tra caregiver e paziente è spesso così stretto da essere definito una diade, che può condizionare l'esito del trattamento. Infatti, quando questa relazione è corretta e il caregiver è ben consapevole del proprio ruolo, i pazienti assistiti diventano più aderenti ai trattamenti (35).

Gli interventi basati sulla formazione come i gruppi psicoeducativi sono diventati sempre più popolari per responsabilizzare i caregiver familiari di persone con schizofrenia.

Uno studio randomizzato controllato mira a confrontare i risultati di un gruppo psicoeducativo di potenziamento basato sulle abilità con un gruppo di terapia narrativa di potenziamento delle risorse interne per la famiglia (caregiver) di persone affette da schizofrenia. Il programma psicoeducativo è incentrato sull'apprendimento della famiglia caregiver e si concentra prevalentemente sui sintomi, le cause della malattia, l'adattamento della vita quotidiana, la comunicazione e la gestione della crisi del

familiare con schizofrenia. Il gruppo narrativo, invece, consisteva nella narrazione di esperienze personali (36).

Si conferma attraverso questo studio il gruppo psicoeducativo ha conferito potere ai caregiver familiari attraverso un processo esterno per dotarli di conoscenza e competenze attraverso un percorso psicoeducativo standardizzato. Infatti, il gruppo psicoeducativo ha effettivamente aumentato il funzionamento della famiglia migliorando la coesione e la comunicazione familiare e affrontando il burden del caregiving promuovendo la positività, come la crescita personale. Si è rilevato, inoltre, che il gruppo psicoeducativo è stato più efficace rispetto al gruppo narrativo nel miglioramento delle abilità di coping (36).

Le famiglie aiutano questi pazienti con le cure mediche, sostenendoli emotivamente e difendendo i loro diritti. In questo modo, aiutano il paziente a raggiungere un migliore stato di salute e benessere. Il caregiver aiuta anche il paziente nelle attività quotidiane, come fare il bagno, vestirsi, mangiare e assumere farmaci. Per soddisfare questi requisiti, la maggior parte dei caregiver deve vivere con il paziente 24 ore al giorno tutti i giorni dell'anno per sostenerli (37).

Per questo motivo, l'oneroso compito del caregiver, in generale, porta spesso ad alti livelli di dolore psicologico, come ansia e depressione, che sono le manifestazioni riportate più comuni. Essi che sono sopraffatti da questi problemi, tendono a provare meno soddisfazione nella loro vita e si prendono meno cura della loro salute, entrambe condizioni che rappresentano indicatori significativi di depressione (38).

È stato condotto un ulteriore studio, per valutare l'efficacia di un breve programma di gestione dello stress cognitivo-comportamentale sullo stato mentale, l'atteggiamento e il burden del caregiver durante la cura dei pazienti con schizofrenia. Si tratta di un programma semi-strutturato che è stato preparato per consentire al caregiver di acquisire consapevolezza dei vari aspetti della propria persona, della vita quotidiana e sullo stato di stress dovuto alle responsabilità dell'assistenza, così come lo sviluppo delle capacità di gestione dello stress in un ambiente pratico di gruppo. Quest'ultimo è l'obiettivo generale di questo programma (37).

Dopo questo programma di gestione dello stress cognitivo-comportamentale, gli indicatori di stress e di burden assistenziale dei caregiver nel gruppo di studio si sono ridotti. Secondo questi risultati, il programma è efficace nel diminuire i livelli di stress

dei caregiver e il rischio di sviluppare malattie mentali. I caregiver che sono in grado di far fronte allo stress possono probabilmente offrire cure migliori ai loro pazienti, con meno oneri di cura e meno probabilità di essere consumati durante il caregiving. Gli infermieri che lavorano nei Centri di Salute Mentale potrebbero applicare questo programma all'interno delle cure standard (37).

Esistono prove solide e coerenti riguardanti l'efficacia dell'intervento familiare. Rispetto all'assistenza standard, l'intervento familiare ha ridotto significativamente (con dimensioni dell'effetto da basse a moderate): la sintomatologia totale, il tasso di recidiva, il ricovero ospedaliero e l'aumento del funzionamento sociale durante il trattamento e per un periodo di follow-up di 1 anno.

Pertanto, risulta evidente che l'educazione familiare migliora le relazioni tra i pazienti e le loro famiglie, diminuisce la percezione dello stress da parte dei caregiver e migliora l'aderenza del paziente al trattamento. Di conseguenza, diminuiscono ricadute e ricoveri. Questa modalità di educazione è raccomandata da linee guida per il trattamento sia in fase acuta che cronica (38).

La formazione può essere somministrata individualmente o in gruppo e data la natura cronica e ricorrente di queste malattie, alcune sessioni di richiamo possono essere proseguite in base alle esigenze delle famiglie (23).

## CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

### 4.1 Discussione

Il trattamento attraverso i farmaci antipsicotici costituisce le fondamenta per alleviare i sintomi psicotici del paziente affetto da schizofrenia. Nello specifico, quelli di prima generazione sono particolarmente efficaci nel trattamento dei sintomi positivi, ma allo stesso tempo possono causare l'insorgenza di sintomi extrapiramidali molto forti e fastidiosi per il paziente (7).

Negli ultimi decenni, il trattamento antipsicotico è stato oggetto di un forte sviluppo attraverso l'introduzione nel mercato di neurolettici più recenti, atipici o di seconda generazione. Questi riescono ad agire nel trattamento dei sintomi negativi come gli aspetti depressivi della schizofrenia (8).

Per alleviare i sintomi psicotici ed evitarne esacerbazioni, il paziente affetto da schizofrenia dovrebbe mantenere una buona aderenza terapeutica.

Purtroppo però, la maggior parte delle persone affette da questa patologia, a causa di uno scarso livello di insight, assume la terapia farmacologica in maniera scorretta o discontinua.

Per questo motivo il raggiungimento di adeguati livelli di aderenza terapeutica e la riabilitazione del paziente schizofrenico rappresentano alcune delle sfide più complesse nell'ambito dei disturbi mentali.

Inoltre, la sola somministrazione di farmaci antipsicotici, non assicura il raggiungimento di una migliore qualità di vita da parte del paziente e dei caregivers: è necessaria un'attività educativa supplementare, che aumenti l'aderenza terapeutica e il benessere.

Il ripristino della salute, cioè il recupero, è un elemento imprescindibile per la riabilitazione dei pazienti e delle loro prospettive di vita. Grazie a quest'ultimo viene avviato infatti un processo di scoperta e di sviluppo di strategie di vita grazie alle quali i pazienti scelgono obiettivi, valori e atteggiamenti di vita nuovi o modificati (39).

La ricerca ha permesso di individuare diverse modalità educative che l'infermiere di salute mentale può attuare nel contesto territoriale per migliorare la qualità di vita della persona affetta da schizofrenia e dei suoi familiari; si tratta di strategie che possono essere rivolte sia al singolo paziente, sia all'intero nucleo familiare.

Gli studi dedicati alle diverse modalità educative rivolte al paziente, indicano come risultati infermieristici l'attuazione di interventi di psicoeducazione individuali o di gruppo; l'esercizio di interventi psicosociali ed educativi; l'impiego di esercizi di auto consapevolezza; di counseling e del colloquio motivazionale.

Le evidenze riferiscono significativi miglioramenti in coloro che hanno tratto beneficio dagli interventi previsti dai programmi educativi volti ad aumentare l'adesione terapeutica dei pazienti formandoli attraverso la consapevolezza, i colloqui motivazionali e correggendo le credenze sbagliate sui trattamenti farmacologici.

In questo modo, gli studi dimostrano che l'aumento dell'insight dei pazienti è collegato al miglioramento l'aderenza ai farmaci (28).

Gli interventi psicoeducativi sono stati applicati anche per andare a migliorare il funzionamento sociale del paziente attraverso la formazione sulle abilità interpersonali.

Gli studi suggeriscono che la combinazione tra terapia farmacologica e l'educazione alla gestione emotiva nei pazienti con schizofrenia nella routine clinica quotidiana porta a un miglioramento della funzione cognitiva e sociale (31).

Le evidenze riguardanti le strategie educative che coinvolgono il caregiver, invece, descrivono come il burden di quest'ultimo sia un fattore lesivo per le cure del paziente con schizofrenia e per il familiare stesso. In questo senso, i programmi psicoeducativi consistono principalmente sull'apprendimento del caregiver incentrato sull'acquisizione di una maggiore conoscenza della malattia, sulle capacità di adattamento nella vita quotidiana e la gestione dello stress. Dai risultati degli studi, risulta che l'educazione familiare rappresenta un efficace intervento per il miglioramento della comunicazione tra i caregiver e i pazienti, andando a diminuire il livello di burden dei familiari.

#### **4.2 Limitazioni dello studio**

Gli studi selezionati sono stati condotti in Paesi differenti: alcuni provengono dall'Estremo Oriente, altri dall'Occidente europeo ed extra europeo. Questo fattore rappresenta un limite dello studio, in quanto gli interventi psicoeducativi sono stati attuati in contesti di salute mentale territoriale molto diversi tra loro a causa delle variabili sociali, culturali e soprattutto sanitarie che caratterizzano questi paesi.

Si tratta prevalentemente di studi randomizzati controllati e revisioni sistematiche. Un'ulteriore limitazione riguarda la mancata dichiarazione, da parte di alcuni studi, del professionista sanitario che applica gli interventi educativi in questione: si tratta di documenti che non si riferiscono in maniera diretta a nessun specifico profilo professionale, per cui sono stati inclusi partendo dal presupposto che qualsiasi professionista sanitario, opportunamente formato, sia in grado di applicare le strategie educative esaminate.

## **4.2 Conclusioni**

Una gestione efficace della schizofrenia richiede un trattamento continuo a lungo termine per tenere sotto controllo i sintomi e prevenire le ricadute.

Esaminando in maniera globale i risultati riportati dai diversi studi, scelti per questa revisione, è possibile notare come l'applicazione di un programma di intervento psicoeducativo permetta, alla persona affetta da schizofrenia, un miglioramento del funzionamento globale, della qualità di vita, dell'aderenza terapeutica, della conoscenza della patologia, dell'adattamento alla vita quotidiana, una riduzione dei tassi di ri-ammissione ed una riduzione delle riacutizzazioni.

Inoltre, gli interventi psicoeducativi si sono rivelati efficaci anche a livello familiare per aiutare i caregiver a comprendere maggiormente la patologia schizofrenica, a gestire lo stress e migliorare la comunicazione con il familiare malato.

In virtù di quanto appena detto si può affermare che i risultati ottenuti mostrano coerenza, in quanto non sono presenti esiti contrastanti.

In conclusione, l'insieme delle evidenze scientifiche analizzate per questa revisione di letteratura, rafforza l'ipotesi iniziale di questo elaborato di Tesi secondo la quale con l'integrazione di un programma di psicoeducazione alle cure standard, il paziente adulto affetto da schizofrenia può riscontrare una regressione della sintomatologia psicotica, riducendo e prevenendo il rischio di ricadute, migliorando così la qualità di vita quotidiana per sé stesso e la propria famiglia.

Soprattutto, si vuol porre in evidenza l'importanza attribuita al ruolo dell'infermiere di salute mentale nella psicoeducazione, approccio educativo presente in tutti i testi inclusi in questa revisione di letteratura. La ricerca in questione marca il crescente interesse che l'intervento psicoeducativo continua a destare per le diverse figure

sanitarie che operano nell'ambito della salute mentale, particolarmente quella dell'infermiere.

Oggi si utilizza spesso la locuzione “migliorare la qualità della vita”, con l'intento di individuarla e promuoverla, definendone dettagliatamente le peculiarità; in ambito psichiatrico è consuetudine aggiungervi l'aggettivo “possibile”, ovvero relativamente a ciò che la condizione psicopatologica rende possibile. Ma è altrettanto vero che si può, quasi sempre, migliorare le condizioni di vita e l'inserimento nel tessuto sociale di una persona che soffre di un disturbo psichico (40).

In questo ambito l'infermiere di salute mentale rappresenta una figura importante che può a pieno titolo partecipare ad attività educative e/o condurre interventi di psicoeducazione rivolti a pazienti affetti da disturbi schizofrenici e non solo.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Schulz SC, Green MF, Nelson KJ (2016). Schizophrenia and Psychotic Spectrum Disorders, Oxford University Press.
2. Biondi & Cortina, R, 2014. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5
3. <https://www.epicentro.iss.it/schizofrenia/>
4. Bitter I, 2020. Managing Negative Symptoms of Schizophrenia. Oxford University Press.
5. Rossi A, Galderisi S, Rocca P, Bertolino A, Rucci P, Gibertoni D, Stratta P, Bucci P, Mucci A, et al. Personal resources and depression in schizophrenia: The role of self-esteem, resilience and internalized stigma. *Psychiatry Res.* 2017, Oct;256:359-364. Epub 2017 Jun 27.
6. Yen SY, Huang XY, Chien CH. The self-stigmatization of patients with schizophrenia: A phenomenological study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2020 Apr;34(2):29-35 Epub 2020 Feb 20.
7. Videbeck SL, (2017). *Psychiatric-Mental Health Nursing.*
8. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, P, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2020 Sep 1;177(9):868-872.
9. Rubio M. J., Taipale H., Tanskanen A., Correll C. U., Kane J. M. & Tiihonen J. Long-term Continuity of Antipsychotic Treatment for Schizophrenia: A Nationwide Study. *Schizophrenia Bulletin* vol. 47 no. 6 pp. 1611–1620, 2021

10. Fiorillo A, Barlati S, Bellomo A, Corrivetti G, Nicolò G, Sampogna G, et al. The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review. *Ann Gen Psychiatry*. 2020 Aug 5;19:43
11. Cusack E, Killoury F, Nugent LE. The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017 Mar;24(2-3):93-104. Epub 2016 Nov 18.
12. Previdi M. *Infermiere in Psichiatria*, (2019).
13. <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2022/04/SALUTE-MENTALE-2020.pdf>
14. Ameen M, Kontio R, Välimäki M. Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2019 Nov;26(9-10):301-322. Epub 2019 Jul 31.
15. Galderisi S, Riva MA, Girardi P, Amore M, Carpiniello B, Aguglia E, Fagiolini A, Mucci A, Vita A. Schizophrenia and "unmet needs": From diagnosis to care in Italy. *Eur Psychiatry*. 2020 Mar 13;63(1):e26.
16. Mucci A, Kawohl W, Maria C, Wooller A. Treating Schizophrenia: Open Conversations and Stronger Relationships Through Psychoeducation and Shared Decision-Making. *Front Psychiatry*. 2020 Aug 13;11:761.
17. Bröms G, Cahling L, Berntsson A, Öhrmalm L. Psychoeducation and motivational interviewing to reduce relapses and increase patients'

involvement in antipsychotic treatment: interventional study. *BJPsych Bull.* 2020 Dec;44(6):265-268.

18. Çetin N, Aylaz R. The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Arch Psychiatr Nurs.* 2018 Oct;32(5):737-744. Epub 2018 Apr 25.
19. Yıldırım Üşenmez T, Gültekin A, Erkan FM, Bayar BD, Can SY, Şanlı ME. The effect of mindfulness on medication adherence in individuals diagnosed with Schizophrenia: A cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care.* 2022 Apr 27.
20. Harmanci P, Budak FK. The Effect of Psychoeducation Based on Motivational Interview Techniques on Medication Adherence, Hope, and Psychological Well-Being in Schizophrenia Patients. *Clin Nurs Res.* 2022 Feb;31(2):202-216. Epub 2021 Oct 1.
21. Clifford L, Crabb S, Turnbull D, Hahn L, Galletly C. A qualitative study of medication adherence amongst people with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2020 Aug;34(4):194-199. Epub 2020 Jun 6.
22. Barbieri A, Viscomandini F. Efficacia della terapia cognitivo comportamentale nel trattamento delle psicosi: una meta-rassegna. *Riv Psichiatr.* 2019; Vol.54, N.5: 189-195.
23. Roberts DL, Penn DL, Combs DR (2016). *Social Cognition and Interaction Training (SCIT): Group Psychotherapy for Schizophrenia and Other Psychotic Disorders, Clinician Guide* Oxford University Press Inc.
24. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. *Lancet.* 2022 Jan 29;399(10323):473-486.

25. Lam AHY, Leung SF, Lin JJ, Chien WT. The Effectiveness of a Mindfulness-Based Psychoeducation Programme for Emotional Regulation in Individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Pilot Randomised Controlled Trial. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020 Mar 12;16:729-747.
26. Uzun G, Lok N. Effect of emotional awareness skills training on emotional awareness and communication skills in patients with schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Arch Psychiatr Nurs*. 2022 Jun;38:14-20. Epub 2022 Jan 22.
27. Galderisi S, Kaiser S, Bitter I, Nordentoft M, Mucci A, Sabé M, et al. EPA guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2021 Mar 17;64(1):e21.
28. Han M, Lee K. Effectiveness of a Metacognitive Intervention for Schizophrenia (MCI-S) Program for Symptom Relief and Improvement in Social Cognitive Functioning in Patients with Schizophrenia, *Archives of Psychiatric Nursing*, Volume 41, 2022, Pages 43-50,
29. F. Sauvanaud, O. Kebir, M. Vlasie, V. Doste, I. Amado, M.-O. Krebs, Bénéfice d'un programme d'éducation thérapeutique agréé sur la qualité de vie et le bien-être psychologique de sujets souffrant de schizophrénie, *L'Encéphale*, Volume 43, Issue 3, 2017, Pages 235-240.
30. Mucci A, Galderisi S, Gibertoni D, Rossi A, Rocca P, Bertolino A, et al. Factors Associated With Real-Life Functioning in Persons With Schizophrenia in a 4-Year Follow-up Study of the Italian Network for Research on Psychoses. *JAMA Psychiatry*. 2021 May 1;78(5):550-559.
31. Ruiz-Iriondo M, Salaberría K, Polo-López R, Iruin Á, Echeburúa E. Improving clinical symptoms, functioning, and quality of life in chronic schizophrenia with an integrated psychological therapy (IPT) plus emotional management

training (EMT): A controlled clinical trial. *Psychother Res*. 2020 Nov;30(8):1026-1038. Epub 2019 Oct 25.

32. Wang L, Fan XW, Zhao XD, Zhu BG, Qin HY. Correlation Analysis of the Quality of Family Functioning and Subjective Quality of Life in Rehabilitation Patients Living with Schizophrenia in the Community. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 5;17(7):2481.
33. Meng N, Chen J, Cao B, Wang F, Xie X, Li X. Focusing on quality of life in the family caregivers of patients with schizophrenia from the perspective of family functioning: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Feb 5;100(5):e24270.
34. Francisquini PD, Soares MH, Machado FP, Luis MAV, Martins JT. Relationship between well-being, quality of life and hope in family caregivers of schizophrenic people. *Rev Bras Enferm*. 2020;73 Suppl 1:e20190359. Portuguese, English. Epub 2020 Jun 1.
35. Di Lorenzo R, Girone A, Panzera N, Fiore G, Pinelli M, Venturi G, et al. Empathy and perceived burden in caregivers of patients with schizophrenia spectrum disorders. *BMC Health Serv Res*. 2021 Mar 19;21(1):250.
36. Zhou DR, Chiu YM, Lo TW, Lo WA, Wong SS, Luk KL, et al. Outside-in or Inside-out? A Randomized Controlled Trial of Two Empowerment Approaches for Family Caregivers of People with Schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs*. 2020 Sep;41(9):761-772 Epub 2020 Jun 4.
37. Ata EE, Doğan S. The Effect of a Brief Cognitive Behavioural Stress Management Programme on Mental Status, Coping with Stress Attitude and Caregiver Burden While Caring for Schizophrenic Patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Feb;32(1):112-119. Epub 2017 Oct 14.

38. Hahlweg K, Baucom DH. Family therapy for persons with schizophrenia: neglected yet important. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022 Mar 16. Epub ahead of print
  
39. Dziwota E, Stepulak MZ, Włoszczak-Szubzda A, Olajosy M. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Ann Agric Environ Med*. 2018 Mar 14;25(1):50-55.
  
40. <https://www.ordineinfermieribologna.it/files/2015/08/Competenzeinfermiere-salute-mentale.pdf>

## ALLEGATI



**ALLEGATO 1:****Sintesi delle principali evidenze bibliografiche**

<b>AUTORE/ANNO/RIVISTA</b>	<b>TIPO DI STUDIO</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>CAMPIONE</b>	<b>INTERVENTI OGGETTO DELLO STUDIO</b>	<b>RISULTATI PRINCIPALI</b>
Outside-in or Inside-out? A Randomized Controlled Trial of Two Empowerment Approaches for Family Caregivers of People with Schizophrenia. Issues Ment Health Nurs.  Zhou DR, Chiu YM, Lo TW, Lo WA, Wong SS, Luk KL, Leung CT, Yu CK, Chang YSG. Epub 2020 Jun 4. 2020 Sep;41(9):761-772.	Studio randomizzato controllato	Questo studio mira a confrontare i risultati di un gruppo psicoeducativo di potenziamento basato sulle abilità e un gruppo di terapia narrativa di potenziamento delle risorse interne per la famiglia caregiver di persone con schizofrenia.	Il campione era composto da 132 caregiver familiari a cui sono stati assegnati in modo casuale otto sessioni dei due gruppi (cioè un gruppo basato sulla narrativa, o un gruppo psicoeducativo), oppure a gruppo di controllo con trattamento ritardato.	La misurazione pre-post è stata quella di esaminare se l'intervento psicoeducativo può migliorare la condizione dei caregiver, mentre il test di follow-up consisteva nell'esaminare se l'effetto del programma può durare quando i caregiver tornare alla vita quotidiana senza ulteriori interventi.	Il gruppo psicoeducativo gruppo ha effettivamente aumentato il funzionamento della famiglia e ha permesso di migliorare la coesione e la comunicazione familiare, affrontando l'onere del caregiving e promuovendo la positività.
Improving clinical symptoms, functioning, and quality of life in chronic schizophrenia with an	Studio randomizzato controllato	Studio condotto per valutare l'efficacia di una terapia psicologica	Sono stati reclutati 77 pazienti ambulatoriali, 42	I partecipanti al gruppo sperimentale (n = 42) ha ricevuto	La terapia IPT + EMT sembra efficace per il trattamento di

<p>integrated psychological therapy (IPT) plus emotional management training (EMT): A controlled clinical trial. Ruiz-Iriondo M, Salaberría K, Polo-López R, Iruin Á, Echeburúa E. Psychother Res. 2020 Nov;30(8):1026-1038. Epub 2019 Oct 25.</p>		<p>multicomponente che include terapia integrata psicologica (IPT), insieme a un adattamento della terapia di gestione emotiva (EMT) sulla gestione dei sintomi clinici, sul funzionamento cognitivo e sociale, nonché sul fattibilità del trattamento e sua accettazione.</p>	<p>nel gruppo sperimentale, i quali sono stati trattati con IPT + EMT e 35 partecipanti nel gruppo di controllo (TAU), entrambi per 8 mesi. I soggetti di entrambi i gruppi sono stati valutati prima e dopo il trattamento.</p>	<p>il programma di educazione psicologica e di gestione delle emozioni. Un programma che integra il recupero cognitivo e riabilitazione psicosociale.</p>	<p>pazienti con schizofrenia cronica, migliorando i sintomi clinici, le prestazioni cognitive, sociali risultato e qualità della vita.</p>
<p>The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients Çetin N, Aylaz R. Arch Psychiatr Nurs. 2018 Oct;32(5):737-744. Epub 2018 Apr 25.</p>	<p>Studio randomizzato controllato</p>	<p>Questa ricerca è stata condotta per determinare l'effetto del programma di psicoeducazione basato sulla consapevolezza insight e aderenza ai farmaci dei pazienti schizofrenici.</p>	<p>Il campione è composto da 135 pazienti, 55 da sperimentali e 80 da gruppi di controllo selezionati mediante campionamento randomizzato.</p>	<p>Un totale di otto sessioni si sono svolte due volte a settimana. Nello studio, le tecniche di meditazione della Mindfulness Therapy costituivano il quadro del programma di psicoeducazione e sono stati usati come mezzo per aumentare la comprensione e</p>	<p>Secondo i risultati della ricerca, è stato stabilito che il l'intervento basato sulla consapevolezza ha aumentato l'insight cognitivo e aderenza al farmaco dei pazienti nel gruppo sperimentale.</p>

				l'aderenza ai farmaci nei pazienti.	
<p>Psychoeducation Based on Motivational Interview Techniques on Medication Adherence, Hope, and Psychological Well-Being in Schizophrenia Patients.</p> <p>Harmanci P, Budak FK. Clin Nurs Res. 2022 Feb;31(2):202-216. Epub 2021 Oct 1.</p>	Studio randomizzato controllato	È stato condotto per determinare l'effetto della psicoeducazione sulla base di tecniche di intervista motivazionale sull'aderenza ai farmaci, speranza e benessere psicologico nei pazienti affetti da schizofrenia.	Il campione dello studio è determinato da 150 pazienti affetti da schizofrenia di cui 75 nel gruppo sperimentale e 75 nel gruppo di controllo	Il ricercatore ha fornito ai pazienti del gruppo sperimentale una sessione di sei sessioni programma di psicoeducazione basato su tecniche di colloquio. Il programma di psicoeducazione utilizzato come intervento in questo studio si basava sul colloquio motivazionale tecniche di origine cognitiva.	Secondo i risultati dello studio, si ritiene che le tecniche di colloquio motivazionale, che includono tecniche cognitive, possono essere efficaci se integrate nella psicoeducazione per raggiungere un maggiore aderenza terapeutica.
<p>The effect of mindfulness on medication adherence in individuals diagnosed with Schizophrenia: A cross-sectional study.</p> <p>Yıldırım Üşenmez T, Gültekin A, Erkan FM, Bayar BD, Can SY, Şanlı ME</p>	Studio trasversale	Lo scopo di questo studio è determinare l'effetto della consapevolezza sull'aderenza ai farmaci in soggetti con diagnosi di schizofrenia.	Questo studio trasversale è stato condotto con 147 Pazienti con diagnosi di schizofrenia.	I dati sono stati raccolti utilizzando il Modulo delle caratteristiche descrittive, scala di aderenza ai farmaci Morisky e la Mindful Attention Awareness Scale.	Questo studio ha concluso che la consapevolezza e l'aderenza farmaci è bassa negli individui con diagnosi di schizofrenia. Inoltre,

<p>Perspect Psychiatr Care. 2022 Apr 27. Epub ahead of print.</p>					<p>si è scoperto che esiste una correlazione significativa positiva tra aderenza ai farmaci e consapevolezza.</p>
<p>Treating Schizophrenia: Open Conversations and Stronger Relationships Through Psychoeducation and Shared Decision-Making</p> <p>Mucci A, Kawohl W, Maria C, Wooller A. Front Psychiatry. 2020 Aug 13;11:761.</p>	<p>Revisione di letteratura</p>	<p>Questo articolo mira a identificare gli ostacoli al raggiungimento di forti relazioni terapeutiche ed evidenziare i vantaggi dell'implementazione coerente di trattamenti psicosociali come la psicoeducazione e il processo decisionale condiviso (SDM).</p>	<p>Pazienti con diagnosi di schizofrenia</p>	<p>Questo articolo di revisione utilizza il modello biopsicosociale per discutere la personalizzazione dell'assistenza per la persona affetta da schizofrenia, concentrandosi sull'importanza della conoscenza e dell'esperienza negli aspetti farmacologici e psicosociali della schizofrenia e sull'importanza di implementare un approccio</p>	<p>Gli interventi che includono la psicoeducazione possono avere un ampio impatto positivo sugli esiti clinici e sociali. Riteniamo che il trattamento futuro possa essere migliorato ponendo maggiore enfasi sugli interventi sociali.</p>

				individualizzato che sia sensibile alla storia e al background culturale dei pazienti.	
<p>Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia.</p> <p>Dziwota E, Stepulak MZ, Włoszczak-Szubzda A, Olajossy M. Ann Agric Environ Med. 2018 Mar 14;25(1):50-55.</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>L'obiettivo dello studio è la presentazione dei problemi più importanti legati al funzionamento sociale e alla qualità della vita dei pazienti con diagnosi di schizofrenia, sulla base di studi scientifici condotti nel mondo.</p>	<p>Questo articolo presenta i problemi più importanti associati con il funzionamento sociale e la qualità della vita dei pazienti con schizofrenia, sulla base di studi scientifici condotti in Polonia e nel mondo.</p>	<p>Mentre intraprende azioni adeguate, la famiglia può diventare un co-terapeuta e facilitare in modo significativo l'adattamento del paziente alla vita nella società e il suo ruolo in un ruolo specifico.</p>	<p>La formazione delle abilità sociali è necessaria, in quanto insegnerebbe ai pazienti come tornare alla situazione in cui saranno in grado di farlo autonomamente funzione nella società. Il ripristino della salute, cioè il recupero, è un elemento importante per il funzionamento sociale dei pazienti.</p>

<p>Effectiveness of a Metacognitive Intervention for Schizophrenia (MCI-S) Program for Symptom Relief and Improvement in Social Cognitive Functioning in Patients with Schizophrenia</p> <p>Mihwa Han, Kyunghye Lee.. Volume 41, 2022, Pages 43-50.</p>	<p>Studio randomizzato controllato</p>	<p>Questo studio ha studiato l'efficacia di un programma di intervento metacognitivo per il sollievo dei sintomi e il miglioramento del funzionamento cognitivo sociale negli adulti con schizofrenia</p>	<p>Il campione è costituito da pazienti con diagnosi di schizofrenia in base ai criteri del DSM-5 e registrati presso le istituzioni comunitarie di promozione della salute mentale.</p>	<p>Lo studio sperimentale va ad applicare il programma MCI-S in tre strutture di riabilitazione psicosociale di comunità.</p>	<p>Nelle quattro aree che sono state valutate, c'è stato un miglioramento significativo nelle attività socialmente utili, nelle relazioni personali e sociali nel gruppo sperimentale. Di conseguenza, l'MCI-S si è rivelato efficace nel migliorare le relazioni personali e sociali.</p>
<p>The Effectiveness of a Mindfulness-Based Psychoeducation Programme for Emotional Regulation in Individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Pilot Randomised Controlled Trial</p> <p>Lam AHY, Leung SF, Lin JJ, Chien WT.</p>	<p>Studio randomizzato controllato</p>	<p>L'obiettivo di questo studio era scoprire se un programma di psicoeducazione basato sulla consapevolezza è efficace nel migliorare le strategie di regolazione delle emozioni, in termini</p>	<p>I campioni sono stati reclutati da due Centri comunitari integrati per il benessere mentale. 46 partecipanti di età compresa tra 18 e 65 anni; con diagnosi di</p>	<p>Il programma di psicoeducazione basato sulla consapevolezza è stato condotto per 90 minuti in ciascuna sessione, una volta alla settimana per 8 settimane, con 6-8 partecipanti per gruppo.</p>	<p>La scoperta indica che il programma psicoeducativo basato sulla consapevolezza ha prodotto miglioramenti significativamente maggiori in alcuni processi di regolazione delle</p>

<p>Neuropsychiatr Dis Treat. 2020 Mar 12;16:729-747.</p>		<p>di ruminazione, rivalutazione cognitiva e soppressione espressiva, con un effetto sostenibile a un follow-up di tre mesi.</p>	<p>disturbi dello spettro schizofrenico secondo i criteri del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM-V .</p>		<p>emozioni, come la rivalutazione cognitiva e la ruminazione, fino a tre mesi di follow-up.</p>
<p>Effect of emotional awareness skills training on emotional awareness and communication skills in patients with schizophrenia: A Randomized Controlled Trial</p> <p>Gülten Uzun, Neslihan Lok Archives of Psychiatric Nursing, Volume 38, 2022, Pages 14-20.</p>	<p>Studio randomizzato controllato</p>	<p>Questo studio è stato condotto per esaminare l'effetto della formazione sulle abilità di consapevolezza emotiva sulla consapevolezza emotiva e sulle capacità di comunicazione nei pazienti con schizofrenia.</p>	<p>Questo studio è stato condotto con pazienti affetti da schizofrenia registrati presso il Centro di Salute Mentale di un ospedale universitario. La dimensione del campione è stata calcolata come 44 (22 nel gruppo di intervento e 22 nel gruppo di controllo).</p>	<p>Gli aspetti del programma di formazione utilizzato in questo studio è l'insegnamento dei messaggi corporei che arrivano con le emozioni oltre alle espressioni facciali emotive nello sviluppo della consapevolezza emotiva e lo sviluppo delle capacità di comunicazione acquisendo capacità di espressione sia verbale che non</p>	<p>I primi risultati ottenuti da questo studio sono che i livelli di consapevolezza emotiva del gruppo di intervento che ha ricevuto una formazione sulle abilità di consapevolezza emotiva erano superiori a quelli del gruppo di controllo. La formazione sulle abilità di consapevolezza emotiva fornita nel</p>

				verbale nell'esprimere le emozioni. comunicative per volta alla settimana per 8 settimane.	presente studio ha aumentato significativamente la consapevolezza emotiva e le capacità di comunicazione dei pazienti con schizofrenia.
<p>Psychoeducation and motivational interviewing to reduce relapses and increase patients' involvement in antipsychotic treatment: interventional study</p> <p>Bröms G, Cahling L, Berntsson A, Öhrmalm L. BJPsych Bull. 2020 Dec;44(6):265-268.</p>	Studio interventistico	Valutare se la combinazione tra colloquio motivazionale e psicoeducazione influisca sul tasso di recidiva e stimoli il coinvolgimento delle persone con psicosi nel loro trattamento.	Il campione prevede 202 persone con schizofrenia e disturbo schizoaffettivo in trattamento antipsicotico orale e nessuna precedente esperienza di LAI.	<p>I partecipanti al gruppo di intervento sono stati sottoposti a un'unica intervista semi-strutturata da parte di un'infermiera specializzata in salute mentale.</p> <p>I partecipanti sono stati incoraggiati a discutere le loro idee personali e le ambivalenze riguardo alla loro malattia e al trattamento.</p> <p>L'attenzione si è concentrata sui fattori di prevenzione delle</p>	<p>In questo studio interventistico, si è scoperto che una singola sessione di psicoeducazione e colloquio motivazionale in combinazione può promuovere il coinvolgimento dei pazienti nelle scelte terapeutiche degli antipsicotici orali e LAI e ridurre la frequenza delle ricadute.</p>

				ricadute e sulla qualità della vita.	
<p>The Effect of Psychoeducation Based on Motivational Interview Techniques on Medication Adherence, Hope, and Psychological Well-Being in Schizophrenia Patients.</p> <p>Harmanci P, Budak FK. Clin Nurs Res. 2022 Feb;31(2):202-216. Epub 2021 Oct 1</p>	<p>Studio randomizzato controllato</p>	<p>Questo studio è stato condotto per determinare l'effetto della psicoeducazione sulla base di tecniche di intervista motivazionale sull'aderenza ai farmaci, la speranza e il benessere psicologico nei pazienti affetti da schizofrenia.</p>	<p>Lo studio è stato condotto con un disegno di gruppo di controllo pre-test post-test. Il campione la dimensione dello studio è stata determinata in 150 pazienti affetti da schizofrenia di cui 75 nel gruppo sperimentale e 75 nel gruppo di controllo basato sull'analisi della potenza.</p>	<p>Il ricercatore ha fornito ai pazienti del gruppo sperimentale sei sessioni programma di psicoeducazione basato su tecniche di colloquio motivazionale. Il programma di psicoeducazione utilizzato come intervento in questo studio si basava sul colloquio motivazionale tecniche di origine cognitiva.</p>	<p>L'aderenza al farmaco post-test, la speranza e erano anche i livelli di benessere psicologico dei pazienti nel gruppo sperimentale dopo il programma di psicoeducazione significativamente più alto rispetto ai loro livelli di pre-test. In linea con questi risultati, si raccomanda di integrare motivazionale tecniche di intervista nei programmi di psicoeducazione insieme con i trattamenti</p>

					farmacologici di routine
<p>Bénéfice d'un programme d'éducation thérapeutique agréé sur la qualité de vie et le bien-être psychologique de sujets souffrant de schizophrénie.</p> <p>F. Sauvanauda, O. Kebir , M. Vlasiea, V. Dostea, I. Amado, M.-O. Krebs L'Encéphale Volume 43, Issue 3, May 2017, Pages 235-240</p>	Studio retrospettivo	Valutare il beneficio di un programma di educazione terapeutica sulla qualità della vita e sul benessere psicologico dei soggetti affetti da schizofrenia.	Sono stati inclusi pazienti stabilizzati di età superiore ai diciotto anni affetti da schizofrenia.	I gruppi sono stati gestiti da due operatori sanitari. I temi discussi durante le sessioni includevano: la malattia schizofrenica, le cure, i rapporti con la famiglia, l'alimentazione, le problematiche sociali, le sostanze tossiche e il rilassamento. La qualità oggettiva e soggettiva della vita è stata valutata utilizzando rispettivamente le scale GAF e SQoL.	Questo studio retrospettivo su un piccolo campione di pazienti affetti da disturbo schizofrenico ha evidenziato un miglioramento significativo dell'aderenza ai farmaci, della qualità oggettiva della vita e del benessere psicologico, dopo un programma registrato di terapia psicoeducativa di otto mesi.

<p>Empathy and perceived burden in caregivers of patients with schizophrenia spectrum disorders.</p> <p>Di Lorenzo R, Girone A, Panzera N, Fiore G, Pinelli M, Venturi G, Magarini F, Ferri P. BMC Health Serv Res. 2021 Mar 19;21(1):250.</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Lo scopo del presente studio è valutare l'onere assistenziale e le capacità empatiche dei caregiver di pazienti affetti da disturbi dello spettro della schizofrenia trattati in un servizio ambulatoriale di comunità.</p>	<p>È stato selezionato un campione di 60 caregiver (34 donne e 26 uomini), che hanno assistito pazienti con disturbi dello spettro della schizofrenia trattati nel nostro Centro di salute mentale locale per un periodo minimo di 1 anno</p>	<p>Sono state somministrate due scale al campione, Zarit Burden Interview (ZBI) e Balanced Emotional Empathy Scale (BEES), e sono stati raccolti i dati dei caregiver e dei loro pazienti assistiti in un periodo di 3 mesi. I dati sono stati analizzati statisticamente. I caregiver hanno completato autonomamente le due scale.</p>	<p>Secondo i risultati si può confermare l'ipotesi iniziale che un ridotto livello di empatia emotiva sia concomitante con un elevato carico emotivo.</p>
<p>The Effect of a Brief Cognitive Behavioural Stress Management Programme on Mental Status, Coping with Stress Attitude and Caregiver Burden While Caring for Schizophrenic Patients.</p> <p>Ata EE, Doğan S</p>	<p>Studio randomizzato controllato</p>	<p>Questo studio sperimentale è stato condotto utilizzando un modello di gruppo di controllo pre-test/post-test per valutare l'effetto di un "Brief Cognitive Behavioral Stress Management</p>	<p>Nello studio sono stati inclusi un totale di 61 caregiver che hanno fornito assistenza a pazienti affetti da schizofrenia in un centro di salute</p>	<p>E' stato applicato il programma psicoeducativo sul campione affrontando i seguenti temi: l'educazione emozioni legate al caregiving, il riconoscimento delle reazioni allo stress,</p>	<p>Secondo questi risultati, il programma psicoeducativo è efficace nel diminuire livelli di stress dei caregiver e rischio di sviluppare malattie mentali. Inoltre,</p>

<p>Arch Psychiatr Nurs. 2018 Feb;32(1):112-119 Epub 2017 Oct 14.</p>		<p>Programme" (BCBSMP) sullo stato mentale, la gestione dello stress e l'onere del caregiver durante la cura dei pazienti con schizofrenia.</p>	<p>mentale della comunità.</p>	<p>educazione sugli esercizi di rilassamento graduale ed educazione sulle situazioni che causano stress.</p>	<p>migliora la gestione dello stress incentrata sui problemi e sulle emozioni competenze dei caregiver e riduce il loro carico di assistenza.</p>
<p>Psychosocial Rehabilitation Interventions in the Treatment of Schizophrenia and Bipolar Disorder.  Yildiz M. Noro Psikiyatr Ars. 2021 Sep 20;58(Suppl 1):S77-S82.</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Questa revisione di letteratura descrive gli interventi di riabilitazione psicosociale che sono stati utilizzati con successo ed estensivamente in pazienti con schizofrenia.</p>	<p>Pazienti con diagnosi di schizofrenia.</p>	<p>La revisione in questione analizza diversi studi sull'applicazione del trattamento psicosociale basato e gli interventi riabilitativi per la schizofrenia tra cui: a terapia cognitivo-comportamentale, terapia del ritmo interpersonale e sociale, il risanamento cognitivo, la formazione delle abilità sociali, l'educazione familiare ,il trattamento</p>	<p>L'obiettivo principale degli interventi psicoeducativi è ridurre gli effetti distruttivi della malattia migliorando la compliance al trattamento, aiutare i pazienti ad affrontare la malattia e i problemi correlati al trattamento, impegnarsi in relazioni sociali, ridurre l'impatto di stigmatizzazione e aiutare i pazienti a</p>

				assertivo della comunità e supporto tra pari.	vedersi come individui utili e produttivi.
<p>Focusing on quality of life in the family caregivers of patients with schizophrenia from the perspective of family functioning: A cross-sectional study.</p> <p>Meng N, Chen J, Cao B, Wang F, Xie X, Li X. <i>Medicine (Baltimore)</i>. 2021 Feb 5;100(5):e24270.</p>	Studio trasversale	Lo studio mira a esplorare l'associazione tra funzionamento familiare e qualità della vita nei caregiver familiari di pazienti affetti da schizofrenia.	Lo studio trasversale ha reclutato 121 caregiver di pazienti con schizofrenia per 6 mesi (da luglio 2018 a dicembre 2018) presso il Centro di salute mentale di un ospedale terziario.	Nello studio trasversale sono stati intervistati i caregiver familiari mediante questionari di autosomministrazione su caratteristiche sociodemografiche, funzionamento familiare e QOL.	Questo studio ha fornito prove significative che l'adattabilità familiare e la reattività affettiva sono positivamente associate alla salute mentale nei caregiver familiari di pazienti affetti da schizofrenia.. Questi risultati
<p>The self-stigmatization of patients with schizophrenia: A phenomenological study.</p> <p>Yen SY, Huang XY, Chien CH. <i>Arch Psychiatr Nurs</i>. 2020 Apr;34(2):29-35.</p>	Revisione della letteratura	Questo studio mirava ad esplorare l'autostigma dei pazienti con schizofrenia.	I 15 partecipanti sono stati selezionati sulla base di un campionamento mirato. Per essere inclusi, gli intervistati dovevano avere un'età superiore a 20 anni possedere la capacità di esprimersi	E' stata esplorata la natura delle esperienze dei pazienti utilizzando un approccio fenomenologico che ha posto l'accento sui fattori che descrivono le esperienze dei soggetti completamente e nel modo più dettagliato possibile, oltre a	Questo studio supporta l'importante scoperta che tutti gli intervistati hanno utilizzato il cambiamento di opinione per far fronte al proprio autostigma. Lo studio sostiene l'importanza di aumentare la

			verbalmente e aver avuto la diagnosi di schizofrenia da almeno due anni.	esplorare i significati dell'essere umano. Sono state utilizzate interviste che hanno aiutato i soggetti a ricordare ed elaborare le loro storie e la percezione di sé.	consapevolezza dell'autostigma e aiutare i pazienti ad affrontare questa sfida.
<p>Factors Associated With Real-Life Functioning in Persons With Schizophrenia in a 4-Year Follow-up Study of the Italian Network for Research on Psychoses.</p> <p>Mucci A, Galderisi S, Gibertoni D, Rossi A, Rocca P, Bertolino A, Aguglia E, Amore M, Bellomo A, Biondi M, Blasi G, Brasso C, Bucci P, Carpiniello B, Cuomo A, Dell'Osso L, Giordano GM, Marchesi C, Monteleone P, Niolu C, Oldani L, Pettorruso M, Pompili M, Roncone R, Rossi R, Tenconi E, Vita A, Zeppegno P, Maj M;</p>	Studio di coorte prospettico multicentrico	Valutare se le variabili di base relative alla malattia, le risorse personali e i fattori correlati al contesto sono associati alle capacità lavorative, alle relazioni interpersonali e alle abilità della vita quotidiana al follow-up di 4 anni.	Questo studio è stato condotto in 24 cliniche psichiatriche universitarie o dipartimenti di salute mentale in cui 618 pazienti arruolati in uno studio trasversale. Tutti i partecipanti soddisfacevano i criteri del DSM-IV per la schizofrenia.	Sono state valutate psicopatologia, cognizione sociale e non sociale, capacità funzionale, risorse personali e fattori correlati al contesto, con il funzionamento della vita reale come risultato principale	I risultati di questo ampio studio hanno suggerito che i ruoli chiave della cognizione sociale e non sociale e delle abilità di base della vita quotidiana supportano l'adozione nella cura della salute mentale di routine di programmi di formazione cognitiva combinati con interventi psicosociali personalizzati volti

<p>Study of the Italian Network for Research on Psychoses. JAMA Psychiatry. 2021 May 1;78(5):550-559.</p>					<p>a promuovere una vita indipendente.</p>
<p>Barbieri A, Viscomandini F.  Efficacia della terapia cognitivo comportamentale nel trattamento delle psicosi: una meta-rassegna. Riv Psichiatr. 2019; Vol.54, N.5: 189-195.</p>	<p>Meta-rassegna</p>	<p>Valutare l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento delle psicosi.</p>	<p>Popolazione: pazienti con disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici diagnosticati attraverso strumenti di valutazione validati (per es., DSM, ICD-9).</p>	<p>È stata compiuta una ricerca sistematica per studi di rassegne e meta-analisi sull'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento delle psicosi, pubblicate dal 1° gennaio 2009 al 31 dicembre 2018.</p>	<p>La terapia cognitivo-comportamentale possiede solo alcune risposte, ma evidenze sempre più solide suggeriscono che essa può essere un valido strumento impiegata insieme alla terapia per raggiungere importanti esiti terapeutici.</p>