



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLA MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

---

**Corso di Laurea in INFERMIERISTICA**

**LA RELAZIONE TERAPEUTICA TRA  
INFERMIERE E PAZIENTE PSICHIATRICO**

Relatrice: Chiar.ma  
**CINAGLIA SIMONA**  
*Simona Cinaglia*

Tesi di Laurea di:  
**DE LUCA NICOLA**  
*Nicola De Luca*

Correlatrice: Chiar.ma  
**COLLECCHIA SIMONA**  
*Simona Collecchia*

A.A. 2020/2021

## Sommario

INTRODUZIONE .....	1
1. I DISTURBI MENTALI .....	3
1.1. BENESSERE E SALUTE MENTALE .....	3
1.2. DISTURBO MENTALE.....	4
1.3. DISTURBI MENTALI: CAUSE E CONSEGUENZE.....	5
1.4. GLI ASPETTI BIO-PSICO-SOCIALI DEL DISTURBO MENTALE.....	6
1.5. EVOLUZIONE DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	8
1.6. LE DISPOSIZIONI ATTUALI IN SEGUITO ALLA LEGGE BASAGLIA .	10
1.7. LE STRUTTURE PSICHIATRICHE PRESENTI SUL TERRITORIO ITALIANO.....	11
1.8. LA FIGURA DELL'INFERMIERE NEI SERVIZI PSICHIATRICI.....	13
2. L'INFERMIERE IN SALUTE MENTALE.....	16
2.1. NURSING IN SALUTE MENTALE .....	16
2.2. IL NURSING PSICODINAMICO DI PEPLAU .....	17
2.3. LA RELAZIONE TERAPEUTICA CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO..	19
2.4. TECNICHE RELAZIONALI CON PAZIENTI PSICHIATRICI.....	21
3. ANALISI DELLA REVISIONE .....	23
3.1. OBIETTIVO DELLA RICERCA .....	23
3.2. MATERIALI E METODI.....	23
3.3. RISULTATI DELLA RICERCA.....	24
DISCUSSIONE .....	36
CONCLUSIONE .....	39
BIBLIOGRAFIA .....	40

## **ABSTRACT**

**Introduzione:** La relazione terapeutica, detta anche relazione d'aiuto o alleanza terapeutica, è uno degli strumenti più importanti per gli infermieri nella loro pratica clinica in generale e in particolare per gli infermieri di salute mentale. La correlazione tra una relazione terapeutica efficace ed esiti assistenziali positivi in salute mentale è supportata da numerose evidenze scientifiche. Tuttavia, negli ultimi anni ci sono state alcune difficoltà di integrazione della conoscenza empirica nella complessa realtà clinica del servizio sanitario e ciò spiega la mancanza di conoscenze e strumenti adeguati ad attuare e migliorare la relazione terapeutica.

**Obiettivo:** Lo scopo di questo lavoro di tesi è quello di promuovere una riflessione costruttiva sull'importanza della relazione terapeutica come strumento di cura e individuare gli interventi più utili a renderla efficace, esaminando gli ostacoli che ne impediscono l'attuazione nella pratica clinica assistenziale psichiatrica.

**Materiali e metodi:** Si è svolto un lavoro compilativo di revisione della letteratura scientifica attraverso la consultazione di banche dati biomediche.

**Risultati:** I risultati degli studi esaminati hanno mostrato che gli ostacoli all'attuazione della relazione terapeutica come strumento di cura sono attribuibili a due macro-cause: pratico-organizzative relative alla gestione del lavoro e formativo-esperienziale relative al personale sanitario. Un numero piuttosto inconsistente di risultati è stato individuato circa le strategie e gli interventi utili a rendere la relazione terapeutica applicabile ed efficace.

**Conclusioni:** Sono necessarie, sulla base di evidenze certe dell'importanza ricoperta dalla relazione terapeutica in salute mentale, l'implementazione degli studi scientifici sul tema e una maggiore coerenza tra pratiche assistenziali ed evidenze scientifiche.

## INTRODUZIONE

Alla fine degli anni '70, il rapporto infermiere-paziente ha cominciato a guadagnare spazio come elemento chiave dell'assistenza psichiatrica.

È attraverso l'assistenza psichiatrica, detta anche relazione terapeutica, che avviene l'interazione infermiere-paziente, con l'obiettivo di aiutare l'individuo a trovare possibili soluzioni alla sua sofferenza.

La relazione terapeutica che si crea tra infermiere e paziente richiede l'investimento e la partecipazione di entrambi per favorire il recupero della salute. In questo contesto, è fondamentale che l'infermiere ricopra il posto di agente terapeutico utilizzando la relazione come pilastro della cura e come mezzo per conoscere le esperienze di vita dell'individuo, incoraggiandolo a ripristinare il suo stato di salute e, di conseguenza, coinvolgendolo nella scelta delle decisioni terapeutiche.

Nell'ambito psichiatrico costruire una relazione terapeutica non è un compito semplice. La relazione si costruisce gradualmente e rispettando l'individualità dell'assistito. Questo contesto richiede che il professionista riconosca il diritto del paziente a essere trattato con rispetto e dignità e che metta a disposizione le sue competenze per instaurare un'alleanza terapeutica, che è parte del progetto di cura e incoraggia la *compliance* del paziente nel processo assistenziale.

La letteratura scientifica sottolinea l'importanza di considerare la storia di ciascun soggetto e di riconoscerlo come essere che ha un modo peculiare di rispondere al processo di salute/malattia, evitando di ridurlo ad un paziente che ha bisogno di essere curato. Pertanto, è auspicabile che il processo infermieristico favorisca lo sviluppo di una clinica che sia centrata sulla persona e che consideri la malattia come parte dell'esperienza della propria esistenza.

Uno strumento della clinica che può privilegiare l'attenzione sul tema può essere la relazione, caratterizzata come un dispositivo che promuove il riconoscimento della singolarità e può contribuire con una proposta di cura che va oltre la prospettiva biomedica e la medicalizzazione.

In questo senso, si presume che la pratica infermieristica possa essere sviluppata sulla base di pratiche che promuovano la conoscenza scientifica dell'infermiere attraverso la comprensione della materia, al fine di pensare a interventi specifici che promuovano il benessere e la salute del singolo.

# 1. I DISTURBI MENTALI

## 1.1. BENESSERE E SALUTE MENTALE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), organismo sanitario internazionale sorto a New York nel 1946, definisce la Salute Mentale:

*“Uno stato di benessere emotivo e psicologico per cui un individuo può esercitare la propria funzione e le proprie abilità all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni”.*

Analizzando questa definizione, comprendiamo che la salute mentale è determinata dall'interazione di tre dimensioni intrinseche alla natura stessa dell'individuo: biologica, psicologica e sociale. Quando le tre dimensioni sono in equilibrio tra loro, l'individuo sperimenta uno stato di benessere mentale è ciò rappresenta l'obiettivo verso cui ognuno di noi tende costantemente.

L'alterazione in una di queste dimensioni di vita e l'incapacità da parte del soggetto di ripristinare l'equilibrio precedente determinano la comparsa di disagio o malessere, condizione dalla quale originano i disturbi mentali.

Promuovere la salute mentale e prevenire l'insorgenza dei disturbi mentali è possibile solo attraverso l'individuazione di tutti quei fattori determinanti e modificabili.

Sebbene gli aspetti genetici rappresentino una percentuale alta nell'insorgenza dei disturbi mentali, molti sono i fattori individuati dalla ricerca che hanno un ruolo decisivo per la salute mentale.

Le condizioni di vita quotidiana rappresentate dal contesto fisico, sociale, economico e familiare in cui le persone vivono, sono associate ad un aumento del rischio per molti disturbi mentali. Le evidenze scientifiche hanno mostrato come la modifica di questi aspetti rifletta un cambiamento nello stato di salute. Le tappe evolutive della vita dell'individuo rappresentano momenti determinanti per un sano sviluppo sia fisico che mentale. Agire modificando aspetti di vita disfunzionali, soprattutto durante i primissimi

anni di vita, può migliorare le condizioni di salute mentale non solo del singolo individuo ma dell'intera popolazione (O.M.S., 2014).

La salute mentale è una sfida costante che mira alla ricerca di un equilibrio tra i diversi fattori che la possono influenzare. Ogni nuova situazione di vita la può destabilizzare.

Nello scenario odierno, possiamo affermare che la pandemia di COVID-19 ha avuto un forte impatto peggiorativo sulla salute mentale delle persone. Manifestazione di disagio e sofferenza psichica sono stati manifestati soprattutto da alcune categorie, come operatori sanitari, studenti, persone in condizioni di solitudine e persone con disturbi psichici preesistenti.

La situazione pandemica ha favorito l'emergere di numerosi fattori di rischio per le malattie mentali quali isolamento, disoccupazione, insicurezza finanziaria, povertà.

In aggiunta a ciò, i servizi sanitari dedicati ai disturbi mentali, neurologici e all'uso di sostanze sono stati significativamente rallentati e in molti casi interrotti (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2021).

Seppur i concetti di salute, malattia e cura siano fortemente influenzati da variabili culturali e sociali, che implicano notevoli differenze sul piano delle politiche sociosanitarie, della prevenzione e del trattamento di una patologia, durante l'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2021, i governi di tutto il mondo hanno riconosciuto in modo unanime la necessità di aumentare i servizi di salute mentale di qualità a tutti i livelli (O.M.S, 2021).

## **1.2. DISTURBO MENTALE**

“Un disturbo mentale è una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti” (American Psychiatric Association [APA], 2014).

I disturbi mentali, come dichiarato dall'O.M.S., sono in continuo aumento e hanno un conseguente impatto sulla salute e sugli aspetti sociali, umani ed economici in tutto il mondo (Istituto Superiore della Sanità [I.S.S.], 2018).

In Italia, gli utenti psichiatrici assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2018 sono stati circa 837.027. Solo nel 2018, i pazienti che sono entrati in contatto per la prima volta durante l'anno con i dipartimenti di salute mentale ammontano a 323.707 di cui il 93,4% ha avuto un contatto con i servizi per la prima volta nella vita (*first ever* pari a 302.392 unità); pertanto, tali condizioni rappresentano una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale Italiano (Ministero della Salute, 2018).

Stando al monitoraggio 2019 del Sistema Informativo sulla Salute Mentale (S.I.S.M.) sull'età e il numero medio di prestazioni fornite agli utenti, «il sistema di cura è centrato sulla cronicità piuttosto che sulla identificazione e intervento precoce, e le prestazioni totali sono insufficienti a garantire la continuità e l'intensità della presa in carico». L'età media dei nuovi utenti, infatti, nei quali vengono riscontrati i quattro disturbi considerati più gravi (depressione, disturbi della personalità e del comportamento, mania e disturbi affettivi bipolari, schizofrenia) è superiore ai 40 anni. Tra le patologie, quella più incidente è sicuramente la depressione, con 15,1 casi ogni 10.000 abitanti (Ministero della Salute, 2019).

### **1.3. DISTURBI MENTALI: CAUSE E CONSEGUENZE**

Le cause dei disturbi mentali non sono ancora ben conosciute. Sebbene non esista una causa univoca e precisa da attribuire alla comparsa dei sintomi, la multifattorialità è il punto focale nell'eziopatogenesi della malattia. Il disturbo ha origine dall'interazione di più fattori, quali:

- vulnerabilità biologica (una specie di predisposizione individuale e familiare);
- fattori ambientali (traumi psicologici, famiglia di origine problematica, ecc.);
- eventi stressanti nel corso della vita (separazioni traumatiche e lutti, migrazioni, condizioni economiche ed abitative precarie, malattie, ecc.);



- abuso di droghe (specie quelle che producono eccitamento e che alterano le funzioni cognitive) (Vita, A., Dell'osso, L., & Mucci, A., 2018).

I disturbi psichici hanno gravi conseguenze quali: emarginazione, disgregazione familiare, perdita del lavoro, impoverimento e malattie croniche fino alla morte prematura, nonché costi sociali elevati. Le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità più elevati rispetto alla media. Per esempio, persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità maggiore del 40-60%, rispetto al resto della popolazione, di morte prematura a causa di altre malattie che spesso non vengono diagnosticate o affrontate adeguatamente (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da HIV). Anche il suicidio è fortemente correlato ai disturbi mentali e rappresenta la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale. Questa correlazione è data dall'impatto che i disturbi mentali hanno sullo stato generale di salute del soggetto, rendendolo vulnerabile ad altre malattie, come il cancro e le malattie cardiovascolari. È stato dimostrato, per esempio, che la depressione può causare una predisposizione all'infarto del miocardio e al diabete, patologie che a loro volta impattano sullo stato di salute mentale e aumentano il rischio d'insorgenza di una depressione (Ministero della Salute).

#### **1.4. GLI ASPETTI BIO-PSICO-SOCIALI DEL DISTURBO MENTALE**

Negli ultimi anni, il concetto di salute e malattia mentale è strettamente correlato a quello di modello bio-psico-sociale.

Nel 1977, George Engel pubblica per la prima volta su *Science* un articolo che evidenzia la necessità di un nuovo modello che metta al centro la persona ed il suo contesto bio-psico-sociale. La parte biologica viene comunque riconosciuta come importante ma, è necessario prendere in considerazione anche il contesto in cui si trova il paziente, le sue credenze ed aspettative e l'influenza della società che lo circonda.

Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello biomedico, che attribuisce la malattia principalmente a fattori biologici, come virus, geni o anomalie somatiche, che il medico deve identificare e correggere.

Il nuovo modello considera tre aspetti interdipendenti:

- il funzionamento biologico: l'insieme delle funzioni del sistema nervoso sottocorticale, cioè tutti i processi che sono automatici ed esterni alla coscienza;
- il funzionamento psicologico: il mondo interno autocosciente che dirige l'elaborazione delle informazioni e la comunicazione intrapsichica e interpersonale;
- il funzionamento sociale: gli aspetti familiari e socioculturali del comportamento della persona, in relazione all'ambiente che influenza e che viene influenzato dall'individuo (Engel, G.L.,1977).

I disturbi mentali, oggi, vengono considerati secondo il modello bio-psico-sociale, ovvero ogni condizione di salute o di malattia è considerata come la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e socioculturali.

Questo traduce la necessità di individuare per ogni paziente un progetto terapeutico integrato, fatto di programmi articolati nel tempo, piani terapeutico-riabilitativi personalizzati e articolati spesso tra ambito sanitario e ambito sociale, con il coinvolgimento anche della rete territoriale e delle famiglie.

Il servizio psichiatrico si assume la responsabilità di tracciare e gestire il trattamento riabilitativo integrato e deve quindi offrire un supporto complessivo in tutto il percorso del paziente.

Da un punto di vista pratico, il percorso riabilitativo integrato richiede "l'integrazione" di più attività specifiche: inquadramento e gestione clinica, programma riabilitativo individualizzato, approccio assistenziale e di intermediazione con il territorio, intervento sistematizzato sul contesto familiare.

Riconoscere la multifattorialità nell'eziologia della malattia mentale rende chiara e deduttiva la scelta di un approccio multidisciplinare al trattamento della patologia; in realtà, però, questa visione della salute e della malattia mentale è stata un punto di arrivo di un percorso storico lungo e travagliato.

## 1.5. EVOLUZIONE DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Le difficoltà di cogliere le innumerevoli sfaccettature dell'abisso psichico e la mancanza di risultati nell'identificazione dell'origine dei disturbi mentali hanno fatto sì che nel tempo si avvicendassero diversi strumenti di cura e terapie in linea con gli orientamenti dominanti nei vari periodi storici.

Le patologie psichiatriche, in passato, non erano conosciute come tali e le loro manifestazioni erano riconosciute ed etichettate con il termine *pazzia*.

Il pazzo, in quanto schiavo di una patologia che invalidava la sua capacità di discernimento, non poteva prendere parte alla società in modo autonomo, in quanto potenzialmente pericoloso per sé e soprattutto per gli altri.

Il pericolo rappresentato dalla mancanza di controllo che caratterizzava coloro che manifestavano la pazzia ha reso lecito alla disciplina giuridica un suo intervento che regolamentasse i comportamenti ritenuti illeciti e tutelasse la società.

Fu così che nacque quel fenomeno che sarà poi conosciuto come “criminalizzazione del malato di mente” (Fornari, U.,1984), che provocò l'internamento in strutture psichiatriche anche di coloro che non avevano comportamenti antisociali ma erano solo affetti da disturbi psichici.

L'iniziativa fu regolamentata dalla Legge 14 febbraio 1904 n.36 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati” (Archivio storico del Senato della Repubblica [ASSR], 1902-1904). Un'iniziativa che veniva presentata, durante il governo Giolitti, come intervento di pubblica sicurezza contro i comportamenti illeciti degli alienati mentali.

Il parametro di valutazione per individuare coloro che necessitavano di un ricovero in queste strutture era, ovviamente, definito dalla pericolosità (Traverso, G.B.,1986). Lo stato di salute e la necessità di cure del soggetto non era oggetto di valutazione diagnostica, in quanto l'obiettivo legislativo non era quello di occuparsi della cura del folle quanto quello di mettere in atto un intervento custodialistico-repressivo trattandosi di soggetti pericolosi.

La stessa esigenza custodialistica legittimava il ricorso, da parte del medico responsabile, alla contenzione fisica come forma di sorveglianza del malato di mente e alla completa privazione di vita come forma di cura.

La presunzione assoluta della pericolosità del disturbo mentale fu così integrata e codificata dalla Legge, influenzando tutte le successive disposizioni legislative e permettendo alla Legge n.36 del 1904 di durare per molti anni. Per una sua modifica successiva, infatti, bisognerà attendere l'anno 1968 con la cosiddetta Legge Mariotti "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica" (Legge 18 marzo 1968, n. 431).

Fu la prima Legge che sollevò l'attenzione per l'aspetto terapeutico del malato di mente, attraverso l'attuazione delle seguenti disposizioni: ricovero volontario in un ospedale psichiatrico senza perdere i diritti civili; introduzione di centri di igiene mentale (CIM); finanziamento di un budget maggiore da parte dello stato per il personale medico e psicologico; modifica della denominazione dei manicomio in "ospedali psichiatrici" trasformandoli in contesti di cura in cui la dignità viene rispettata.

Il ricovero volontario rappresentò l'aspetto principale di questa nuova Legge, in quanto per la prima volta venne riconosciuta al paziente psichiatrico la capacità di "coscienza di malattia".

La Legge Mariotti ha sicuramente il merito di aver restituito al "malato di mente" la dignità di persona e alla "malattia" il contesto sanitario di appartenenza e non più solo legislativo.

Le iniziative riflettevano la necessità di creare un divario netto tra la persona con disturbo psichico e il delinquente pericoloso. Ciò nonostante, per poter giungere ad una visione del malato di mente al pari di qualsiasi altro malato e quindi riconoscere la malattia mentale come malattia da prevenire e soprattutto curare bisognerà attendere ancora una decade (Vecchiotti, A.M.,1981).

Non è un caso, infatti, che la svolta nel campo della psichiatria è identificata con la Legge 13 maggio 1978, n.180 (Castronovo, C.,1986), passata alla storia come la Legge Basaglia in onore a colui che ha realizzato la rivoluzione psichiatrica e che ha sancito il passaggio definitivo da sistema custodialistico-repressivo a sistema terapeutico per il trattamento dei disturbi mentali (Fornari, U.,1984).

Questo mutamento di prospettiva vede la sua maggiore attuazione sul piano normativo nella “nuova disciplina dei trattamenti sanitari” che divengono, di norma, volontari (Masotti, G., Sartori, T., & Guaitoli, G., 1992) e, d’eccezione, obbligatori solo quale *extrema ratio* cui ricorrere se l’alterazione psichica richiede un intervento terapeutico urgente, non differibile e rifiutato dall’infermo; e sul piano operativo alla chiusura definitiva dei manicomi (Toresini, L., 2008).

## **1.6. LE DISPOSIZIONI ATTUALI IN SEGUITO ALLA LEGGE BASAGLIA**

La cosiddetta “Legge Basaglia” regola tuttora l’assistenza psichiatrica in Italia e, ad essa, sono stati aggiunti solo alcuni articoli che fanno riferimento alla Legge n. 833 dello stesso anno.

Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) è infatti disciplinato dall’articolo 34 della Legge 833/78.

Come già anticipato precedentemente, i presupposti del trattamento sanitario obbligatorio sono rappresentati da tre condizioni coesistenti: l’esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici; la mancata accettazione degli interventi terapeutici da parte dell’infermo di mente; la mancanza di condizioni per adottare tempestive e idonee misure al di fuori di una struttura ospedaliera.

Analizzando attentamente i requisiti necessari per un TSO si evince come la Legge Basaglia abbia contribuito a modificare il concetto di pericolosità etichettato al “malato di mente”; le alterazioni psichiche per le quali è previsto un trattamento terapeutico urgente fanno riferimento a quelle condizioni nelle quali il soggetto non è in grado di preservare il proprio stato di salute e sicurezza. La minaccia non è più quindi rappresentata dal “malato” ma dalla “malattia” che, riconosciuta come tale e al pari delle altre patologie, ha diritto ad essere curata e non repressa (Ponti, G., & Bovio, L., 1986).

Le disposizioni per l’attuazione del TSO prevedono che questo sia individuato da un medico, il quale deve inviare la proposta ad un altro medico dell’unità sanitaria locale e la convalida viene, poi, trasmessa al sindaco. Il sindaco dispone il TSO entro le 48 ore successive, notificandolo al giudice tutelare. Quest’ultimo provvede, con decreto

motivato, a convalidare o non convalidare il provvedimento che ha una durata di sette giorni e alla scadenza può essere rinnovato qualora se ne riscontrino i presupposti (Visintini, G., 1982).

Qui notiamo un altro aspetto cardine della riforma Basaglia, quello di aver restituito la malattia mentale alla medicina. Si nota infatti che è responsabilità del medico riconoscere e attuare un TSO e che le figure giuridiche intervengono successivamente affinché le disposizioni del medico siano convalidate da ordinanze legislative di riferimento. La malattia mentale, durante il governo Giolitti, aveva assunto un carattere giudiziario al punto da poter essere paragonata ad una pena, che in quanto tale andava scontata con internamento e torture.

La Legge n.180 ha avuto il merito indiscusso di aver determinato la chiusura definitiva della struttura manicomiale sollevando in questo modo la necessità di individuare nuovi contesti di accoglienza e cura dei malati psichiatrici.

Di fatto, nel 1994, venne decretato e successivamente approvato il cosiddetto “progetto obiettivo” un decreto in materia di “tutela della salute mentale 1994-1996” con il quale sono stati individuati centri e servizi psichiatrici da attivare a livello nazionale non solo all’interno dell’ospedale ma anche nel territorio, tali da poter accogliere tutta l’utenza destinata precedentemente ai manicomi.

Il TSO, infatti, si svolge in appositi servizi psichiatrici di diagnosi e cura siti all’interno degli ospedali, e i servizi extra-ospedalieri assicurano una continuità terapeutica tra gli operatori che operano sul fronte nosocomiale e territoriale rendendo meno traumatico l’eventuale ricovero del paziente.

## **1.7. LE STRUTTURE PSICHIATRICHE PRESENTI SUL TERRITORIO ITALIANO**

Con il “Progetto Obiettivo” (1998-2000) sono stati definiti standard e obiettivi dell’assistenza psichiatrica.

Vengono individuati tre ambiti di intervento: prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali.

La prevenzione, un aspetto che fino a quel momento non era mai stato considerato in psichiatria, rappresenta un aspetto fondamentale e un indispensabile punto di partenza. Lo scopo è quello di ridurre o provare ad eliminare lo stigma e il pregiudizio radicato nei confronti dei pazienti psichiatrici e favorire rispetto, inclusione e solidarietà.

La prevenzione è un intervento valido che va ad unirsi e a potenziare gli altri due ambiti di intervento ossia quello di cura, che prevede l'individuazione di piani di trattamento individuali sulla base di ogni singolo caso per poter permettere ad ogni assistito di ricevere un'assistenza personalizzata e a 360 gradi e quello riabilitativo, nel quale sono previsti percorsi di recupero e di reinserimento nel tessuto sociale.

Per garantire questo continuum assistenziale si è reso necessario individuare un centro direzionale e operativo al quale avrebbero fatto capo tutte le strutture psichiatriche presenti sul territorio. Nasce così in ogni azienda sanitaria il Dipartimento di salute mentale (DSM) (Decreto del presidente della repubblica, 1999).

Per ogni DSM viene eletto un direttore, responsabile della gestione del budget dipartimentale e delle risorse ad esso assegnate. Oltre al responsabile, ogni dipartimento ha una propria equipe multidisciplinare composta da: psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti occupazionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, sociologi, assistenti sociali, educatori, ausiliari od operatori tecnici di assistenza ed il personale amministrativo. La multidisciplinarietà del servizio risponde all'obiettivo del progetto nazionale di offrire un'assistenza a 360 gradi all'assistito.

Tutti DSM hanno inoltre in comune linee guida, protocolli e procedure che definiscono: modalità di accoglimento della domanda da parte dell'assistito e dei suoi familiari, i criteri per la presa in carico, l'individuazione e la verifica dei piani terapeutico riabilitativi personalizzati, e gli interventi di emergenza/urgenza per i casi più gravi.

Il DSM rappresenta la sede del servizio psichiatrico al cui interno troviamo diverse unità operative, quali: il centro di salute mentale (CSM), il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), il day hospital (DH), il centro diurno (CD) e le strutture residenziali e semi residenziali presenti su tutto il territorio.

- Il Centro di Salute Mentale (CSM) rappresenta la porta principale di ingresso del DSM in quanto è la sede nella quale viene accolto l'utente, si individua il progetto

terapeutico individualizzato e si coordina il lavoro di tutta l'equipe attraverso la programmazione di interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale. Gli interventi sono principalmente di tipo ambulatoriale, domiciliare e residenziale e sono garantiti per dodici ore al giorno per sei giorni alla settimana.

- Il servizio psichiatrico di diagnosi e cure (SPDC) è un'unità operativa all'interno della quale si effettuano i ricoveri in regime di trattamento sanitario volontario (TSV) o in regime obbligatorio (TSO) ed è la sede in cui vengono gestiti gli interventi di urgenza psichiatrica.
- Il Day Hospital (DH) con il quale si effettua una terapia giornaliera attraverso prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine e può essere collocato nell'ospedale o sul territorio.
- Il centro diurno (CD) è una struttura semiresidenziale che effettua prestazioni terapeutico riabilitative nelle ore diurne garantendo un servizio di otto ore giornaliere per sei giorni alla settimana.
- Le strutture residenziali sono strutture extra-ospedaliere nelle quali si attuano programmi terapeutico-riabilitativo e socioriabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica.

Il DSM si serve di tutte queste strutture per offrire risposte adeguate ai bisogni dell'utenza individuando sulla base del piano terapeutico individualizzato la struttura più idonea alla specificità del singolo caso.

## **1.8. LA FIGURA DELL'INFERMIERE NEI SERVIZI PSICHIATRICI**

I Centri di Salute Mentale, il Servizio di Diagnosi e Cura, le Strutture Residenziali Protette ed Assistite, i Centri diurni di Riabilitazione Psichiatrica sono tutti luoghi di cura e riabilitazione in cui è presente la figura professionale dell'infermiere.

Gli infermieri sono la figura maggiormente presente nell'assistenza al paziente con problemi psichici. L'infermiere, oltre a collaborare con tutte le altre figure professionali nei progetti riabilitativi integrati, svolge interventi autonomi di competenza esclusivamente infermieristica (Pontello, G.,2015).



L'assistenza psichiatrica ospedaliera di cui si occupa l'infermiere è intesa come risposta ai bisogni di base di quei pazienti che, a causa dei deficit costituzionali evidenti nell'area del funzionamento dell'Io, dell'autonomia e della capacità di strutturare stabili e realistici concetti di sé e degli altri, non sono in grado di mantenere in modo continuo uno stabile equilibrio o di garantirsi la sopravvivenza.

La figura infermieristica è la più esposta alle relazioni quotidiane con il paziente psichiatrico; pertanto, è di fondamentale importanza la sua presenza nella fase di accoglienza dell'utente. Stabilire un rapporto di fiducia è la base per garantire al paziente la possibilità di distaccarsi dalla consueta modalità di funzionamento e la possibilità di sperimentare nuove modalità di relazione e gestione della patologia.

Alcuni pazienti presentano forme di regressione tali che l'assistenza infermieristica acquisisce ampi spazi di intervento, in quanto l'intervento va al di là della risposta ai bisogni primari dell'assistito e può richiedere di svolgere funzioni di sostegno o, nei casi più gravi, funzioni sostitutive.

L'infermiere si trova quindi a mettere in gioco non solo le sue competenze professionali ma un coinvolgimento umano imprevedibile e ricco di implicazioni emotive.

È estremamente necessario, quindi, che chi opera in questo ambito sappia identificarsi con il paziente e con i suoi problemi rispettando l'identità del paziente. Entrambi sono requisiti indispensabili per la realizzazione di un intervento efficace, in quanto la mancata identificazione rende impossibile la comprensione e dunque la cura. L'identificazione come mezzo di comprensione rende l'assistenza al paziente psichiatrico in nessun modo paragonabile a quella di qualsiasi altro ambito di cura; il coinvolgimento emotivo, seppur elemento comune da saper gestire in ogni tipo di assistenza infermieristica, in questo caso, è tale da richiedere un ottimale uso terapeutico dei meccanismi relazionali e comunicativi.

Con questi pazienti la comunicazione non è di tipo logico-razionale e molto spesso l'operatore in mancanza di competenze aggiuntive alla sua formazione base può adottare modalità relazionali di tipo imperativo-affermativo commettendo un errore irrimediabile ai fini della relazione terapeutica.

Ecco perché è auspicabile che il professionista infermiere, che decide di operare nei servizi di psichiatria, abbia una formazione specifica nell'ambito della salute mentale e psichiatrica (Gnocche, E., et al., 2013).

## **2. L'INFERMIERE IN SALUTE MENTALE**

### **2.1. NURSING IN SALUTE MENTALE**

Il processo infermieristico è il metodo clinico che governa l'interazione professionale tra infermiere e assistito con l'obiettivo di soddisfare i bisogni e risolvere i problemi di quest'ultimo. Strutturato per fasi, il processo di *nursing* adotta la metodologia del *problem solving* con un processo logico e sistematico per raggiungere gli obiettivi dell'assistenza infermieristica. Mantenere il benessere, fornire la necessaria e qualificata assistenza in base alla situazione, consentire all'utente di ripristinare il proprio stato di salute e contribuire alla sua qualità di vita sono gli obiettivi primari dell'assistenza infermieristica in ogni contesto di cura (Motta, P.C., 2002).

L'assistenza infermieristica è il motore della prassi clinica che guida ed orienta il professionista nelle azioni da intraprendere per la risoluzione del bisogno dell'assistito. L'assistenza infermieristica è una procedura che teoricamente può sembrare lineare se ci si propone di curare la malattia; l'obiettivo di essa non è unicamente quello di curare la malattia ma, piuttosto, quello di prendersi cura del malato. In questo caso, la procedura dell'assistenza non è affatto lineare e scandita in fasi come da manuale ma, al contrario, è tessuta di elementi relazionali e comunicativi, i quali non prevedono linee guida e la cui gestione è affidata alle sole qualità e competenze del professionista (Manara, D.F., 2000).

La relazione e la comunicazione si inseriscono nell'assistenza infermieristica attraverso un approccio dialogico e rappresentano la preconditione per la comprensione dei problemi e dei bisogni dell'assistito.

La comprensione dei bisogni del paziente rappresenta il punto di partenza del processo infermieristico e l'elemento fondamentale della richiesta d'aiuto. Nel caso del paziente psichiatrico, spesso il bisogno non è espresso direttamente ma in modo distorto e mascherato, tanto quanto più è grave la patologia del soggetto che lo esprime.

Il processo di *nursing* in salute mentale è caratterizzato da un'elevata complessità, data principalmente dalla difficoltà di adattare le pratiche dell'assistenza infermieristica ad un contesto di cura unico per il quale è evidente la necessità di un'assistenza infermieristica specializzata.

Chi soffre di un disturbo mentale spesso perde la sua capacità di chiedere aiuto e anche di accettarlo; rifiuta la vicinanza degli operatori che desiderano aiutarlo, rifiuta i farmaci, rifiuta di lavarsi ed accudirsi o di lasciarlo fare a chi lo farebbe per lui. Di fronte al paziente psichiatrico riluttante all'aiuto ed evitante nella relazione, l'infermiere può sperimentare sentimenti di inadeguatezza, frustrazione e irritabilità; il rischio è quello di assumere atteggiamenti che, privi di obiettività, non permettono di percepire i veri bisogni del paziente (Cunico, L., 2002). L'impatto emotivo è inevitabile e il rischio di un coinvolgimento eccessivo è esponenziale. Le qualità personali del professionista svolgono un ruolo determinante.

L'infermiere dovrebbe avere la capacità di essere, ancor prima della capacità di fare, soprattutto nell'ambito della salute mentale. Consapevolezza di sé, pensiero/ragionamento critico e capacità empatiche divengono in questo contesto strumenti di *caring*.

Il trattamento assistenziale infermieristico in ambito psichiatrico antepone l'aspetto relazionale del *nursing* a quello tecnico-educativo.

## **2.2. IL NURSING PSICODINAMICO DI PEPLAU**

Nella teorizzazione infermieristica in ambito psichiatrico, svolge un ruolo fondamentale l'opera di Hildegard Peplau. L'attenzione rivolta alla relazione interpersonale di aiuto e i riferimenti agli studi di Sullivan, Miller, Maslow, Freud e Fromm hanno reso la sua opera una pietra miliare per il *nursing psichiatrico*.

La Peplau si inserisce nell'ambito professionale dapprima come infermiera (1931), successivamente prosegue la sua formazione ottenendo un Bachelor in Psicologia (1943), un master in Nursing Psichiatrico (1947) e infine consegue un dottorato in Pedagogia (1953) (Belcher, J.R., & Brittain-Fish, L.J., 2002).

Secondo la Peplau, il punto cardine dell'assistenza infermieristica è il rapporto interpersonale paziente-infermiere che nella pratica assistenziale non rappresenta un semplice relazionarsi ma si identifica come strumento terapeutico. Nella relazione sia il

paziente che l'infermiere svolgono ruoli determinanti; il fine della relazione stessa non è caratterizzato dalla reciprocità ma da una finalità specifica dell'infermiere nei confronti del paziente. La finalità è rappresentata dall'esigenza imprescindibile, ai fini dell'esito terapeutico, di individuare le esigenze psicologiche di ciascun paziente.

Professionalità e competenze sono indispensabili per svolgere un lavoro che rispetti l'evoluzione della relazione interpersonale stessa. La Peplau individua diversi ruoli che il professionista si trova ad interpretare durante questa evoluzione: dapprima un estraneo, che in quanto tale deve essere accettato; successivamente un sostegno, dal momento che viene riconosciuto come una risorsa dal paziente; poi un educatore, quando le sue conoscenze divengono consigli utili nell'educazione al paziente; un confidente, solo quando viene ad instaurarsi un rapporto di fiducia; un sostituto, quando il paziente gli permette di soddisfare i suoi bisogni laddove non può farlo autonomamente; un leader, quando diviene una guida nelle scelte del paziente; e infine un consulente, che permette al paziente di capire ed elaborare quanto gli sta accadendo (Callaway, B.J., 2002).

I ruoli che il professionista interpreta all'interno della relazione con il paziente vengono inseriti nella teoria della Peplau in quattro macroaree che rappresentano le quattro fasi della relazione paziente-infermiere. La prima è la fase dell'orientamento, in cui gli attori della relazione riconoscono i propri ruoli, nei quali da una parte c'è una persona che può offrire aiuto e dall'altra una persona bisognosa di aiuto. Segue la fase dell'identificazione, in cui ognuno si identifica nel proprio ruolo accettando di conseguenza quello altrui e questa fase corrisponde alla conquista della fiducia. La fase successiva è quella dell'utilizzazione, con la quale la relazione viene finalizzata a scopo terapeutico. Infine, abbiamo la fase della risoluzione, con la quale si ripristina il ritorno alla vita del paziente (Forchuk, C., 1993).

La teoria della Peplau, seppur abbia ricevuto diverse critiche per la scarsa considerazione delle difficoltà di applicazione al contesto di cura, è un importante punto di riferimento teorico che ci permette di comprendere il ruolo ricoperto dalla relazione interpersonale ai fini terapeutici.

### 2.3. LA RELAZIONE TERAPEUTICA CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO

In psichiatria, la relazione interpersonale tra infermiere e paziente riveste il cuore della pratica assistenziale ed è uno degli strumenti più importanti disponibili per gli infermieri (Scanlon, A., 2006).

La relazione terapeutica alla base dell'assistenza infermieristica è essenzialmente una relazione d'aiuto. Le *helping professions* condividono obiettivi terapeutici incentrati sull'aiuto, la cura, l'assistenza e il benessere.

Il benessere, inteso come ripristino della qualità della vita dell'assistito, si compone da due aspetti: uno oggettivo, che corrisponde alla valutazione clinica dello stato di salute dell'assistito, e uno soggettivo, che corrisponde al benessere percepito da chi riceve le cure. Il benessere percepito non dipende esclusivamente dalle competenze del professionista della cura ma, anche e soprattutto, dalle capacità relazionali e comunicative dell'operatore, con le quali determina la qualità della relazione interpersonale con l'assistito. La qualità della relazione terapeutica, impiegata nella cura della salute mentale, risulta essere uno degli aspetti fondamentali richiesti per migliorare l'aderenza al trattamento terapeutico e migliorare gli *outcomes* dei pazienti (Priebe, S., Gruythens, T., 1993).

La qualità della relazione è determinata dalla capacità del professionista di gestire efficacemente l'incontro con l'assistito in tutte le sue fasi, dalla presa in carico alla dimissione. Questo indica l'indiscutibile importanza che ricopre la formazione dell'infermiere che, accanto alle competenze assistenziali di tipo pratico, deve necessariamente possedere competenze relazionali e comunicative che gli permettono di andare oltre il quesito diagnostico e di recepire anche i bisogni non espressi. Soprattutto in contesti quali la psichiatria o più in generale la salute mentale, una buona comunicazione congiunta a capacità empatiche è indispensabile, in quanto, maggiormente con questo tipo di utenza, gli aspetti cognitivi non possono essere disgiunti da quelli emotivi e relazionali.

Nel contesto psichiatrico ogni paziente rappresenta un contesto specifico e unico, seppur condividano tutti la sofferenza psichica, ognuno ha imparato ad esprimerla a suo modo e ognuno avrà necessità differenti.

Uno degli scopi della comunicazione terapeutica è, infatti, proprio quello di aiutare l'assistito ad individuare i propri bisogni e a comunicarli in modo efficace. Un punto di partenza nel miglioramento dello stato di salute è l'accettazione della propria condizione, la condivisione degli stati emotivi e della sofferenza che ne deriva e l'individuazione di risorse per fronteggiarlo (Porr, C.J., 2009).

È pensiero comune e stigmatizzato credere che i pazienti psichiatrici non siano in grado di compiere queste operazioni mentali, che il loro funzionamento sia solo quello base e molte volte questo ci porta a perdere di vista che dietro la loro alienazione si cela una persona con un bisogno incolmabile di essere riconosciuta e trattata come tale.

La relazione infermiere-paziente, soprattutto nell'ambito psichiatrico, non è una relazione paritaria bensì asimmetrica nella quale c'è qualcuno che necessita di aiuto e qualcun altro che lo offre. La mancanza di simmetria è determinata dallo spostamento del punto focale della relazione stessa, che non ha la tipica centralità di una relazione interpersonale, ma è direzionata su uno solo dei due attori che ne prendono parte. La posizione di centralità la occupa il paziente, il quale ha il vantaggio di conoscere approfonditamente sé stesso, il contesto in cui vive, i propri valori e l'esperienza della sua malattia. La posizione svantaggiata è invece ricoperta dal professionista, il quale non solo deve raggiungere queste conoscenze ma deve anche essere in grado di individuarne la modalità più adatta. Un altro aspetto fondamentale della comunicazione è, appunto, la modalità comunicativa. Nella comunicazione, sia verbale che non verbale, non conta ciò che comunichi ma il modo in cui lo comunichi. Saper comunicare significa saper individuare la modalità più adatta alla circostanza specifica e, per fare ciò, non conta solo aver appreso competenze e abilità comunicative o linguistiche, ma anche avere una buona conoscenza dapprima di sé stessi. Per poter comunicare in modo efficace è necessaria una conoscenza del proprio temperamento, dei propri atteggiamenti, delle proprie credenze e la capacità di controllare e plasmare tutto ciò in modo adeguato all'interno della relazione interpersonale.

Nella relazione terapeutica tra infermiere e paziente ciò che conta è il punto di vista del paziente, le sue cognizioni e le sue emozioni perché rappresentano un importante strumento conoscitivo, utile per direzionare e gestire la comunicazione verso le finalità terapeutiche prefissate.

## 2.4. TECNICHE RELAZIONALI CON PAZIENTI PSICHIATRICI

La comunicazione come strumento terapeutico in psichiatria è uno strumento privilegiato di cui dispone solo l'infermiere, in quanto solo lui può entrare nella quotidianità dell'assistito e condividere con lui ogni fase del processo terapeutico.

Una relazione può definirsi terapeutica quando è in grado di apportare un beneficio, un cambiamento positivo o più semplicemente quando rappresenta una risorsa per chi necessita di aiuto.

Una relazione terapeutica efficace, secondo la ricerca, deve possedere le seguenti caratteristiche (Rogers, 1971; O'Brien, 1999; Johansson, 2003; Moyle, 2003; Scanlon, 2006; Welch, 2005):

- Empatia: “mettersi nei panni dell'altro” al fine di condividere e interpretare le sensazioni e far emergere realtà che il paziente conosce solo parzialmente. È una capacità che consente una lettura dei contenuti inespressi del paziente adattando a tal fine il proprio stato emotivo. In questo modo l'infermiere partecipa e condivide, con la giusta distanza emotiva, le sensazioni del paziente, per aiutarlo a vedere più chiaramente le proprie preoccupazioni e difficoltà.
- Accettazione e Rispetto incondizionato: l'accettazione e il rispetto rappresentano il clima nel quale deve instaurarsi la relazione con il paziente. L'infermiere deve creare un clima privo di giudizi e pregiudizi, deve astenersi dall'influenza dei propri valori e credenze personali, favorendo un clima neutro e accogliente che rispetti le giuste distanze, nel quale il paziente non si senta giudicato, ma bensì accettato e rispettato come persona.
- Considerazione positiva: fiducia nelle capacità del soggetto di recuperare la propria autonomia e il proprio stato di salute senza pregiudizi relativi alla malattia mentale. La considerazione positiva favorisce un incremento della stima di sé e dell'autoefficacia e ciò permette l'emergere di risorse latenti e porta il paziente a riconoscere il suo potenziale.
- Fiducia: la fiducia che l'assistito ripone nei confronti dell'operatore è uno degli aspetti cardine nell'assistenza infermieristica al paziente psichiatrico. Se l'assistito vede l'operatore affidabile tenderà a seguire le indicazioni che gli



vengono fornite e a rispettarle, ciò favorirebbe la partecipazione alle cure e il miglioramento degli *outcomes*.

- **Comunicazione efficace:** comunicare efficacemente coincide con la capacità di esprimere correttamente ciò che si intende comunicare. Una comunicazione efficace prevede che il nostro interlocutore riesca a cogliere il significato della comunicazione che sia essa verbale o non verbale. Nell'assistenza infermieristica comunicare efficacemente significa riuscire a trasmettere accoglienza, comprensione e aiuto al paziente.
- **Ascolto attivo:** ascoltare con attenzione evitando le distrazioni del contesto percettivo, essere in grado di riformulare e restituire ciò che si è appreso dalle informazioni ricevute. L'ascolto attivo chiama in causa tutti gli elementi relazionali descritti finora. Ascoltare attivamente prevede accettazione dell'altro, empatia, assenza di giudizio e rispetto nei confronti del nostro interlocutore.

Stabilire una relazione terapeutica che tenga in considerazione gli elementi relazionali elencati, aumenta l'efficacia degli interventi infermieristici nel contesto di salute mentale (Mcandrew, S. et al., 2014). Instaurare una relazione terapeutica di qualità contribuisce a migliorare l'aderenza al trattamento da parte del paziente (Pinikahana, J. Et al., 2002), permette di migliorare la qualità di vita dei pazienti (Kozub, M.L., & Skidmore, R., 2001) e consente di raggiungere *outcomes assistenziali* migliori (Frank, A.F. & Gunderson, J.G., 1990).

### 3. ANALISI DELLA REVISIONE

#### 3.1. OBIETTIVO DELLA RICERCA

La presente revisione della letteratura è stata elaborata con l'obiettivo di mostrare in che modo la relazione terapeutica possa incidere positivamente sugli *outcomes assistenziali* in ambito psichiatrico e comprendere l'attuale difficoltà nei contesti di salute mentale relativi alla gestione del paziente psichiatrico.

Il quesito di ricerca è stato formulato come "PICO": *Populations, Interventions, Comparisons, Outcomes* ed è descritto in Tabella 1.

<b>Populations</b>	Popolazione adulta di entrambi i sessi con diagnosi per patologie psichiatriche
<b>Interventions</b>	Relazione terapeutica
<b>Comparisons</b>	Usual practice
<b>Outcomes</b>	Dimostrare in che modo la relazione terapeutica possa incidere positivamente sugli outcomes assistenziali

Tabella 1

#### 3.2. MATERIALI E METODI

Di seguito verranno riportati i risultati ottenuti da una revisione della letteratura svolta attraverso la consultazione dei seguenti database: PubMed, CINHAL, Cochrane Library, TRIP Database. La suddetta ricerca risale al mese di marzo dell'anno 2022.

Le parole chiave utilizzate sono state: "therapeutic relationship", "nurse", "psychiatric patient".

I criteri di inclusione delle evidenze sono stati i seguenti:

- Disegno dello studio: revisioni sistematiche, studi controllati randomizzati, studi descrittivi e qualitativi;
- Periodo: studi pubblicati negli ultimi cinque anni, dal 2017 al 2022;

- Formato degli studi: studi con abstract disponibili in formato *full text*;
- Studi in lingua inglese;
- Popolazione: studi rivolti ad una popolazione adulta di pazienti con patologie psichiatriche.

### **3.3. RISULTATI DELLA RICERCA**

Gli studi selezionati sono stati inseriti in una tabella Excel e tabulati secondo autore, anno di pubblicazione e titolo. Per ognuno è stato indicato se doppio, se con obiettivo diverso da quello della ricerca, se con popolazione non all'interno dei criteri di inclusione, se con *outcomes* non selezionabili e, infine, se meritevole di valutazione critica.

Gli studi selezionati per la valutazione critica sono stati inseriti in un'ulteriore tabella Excel per valutare il disegno dello studio, gli obiettivi, il setting, il campione, i risultati, le conclusioni e le implicazioni per l'infermieristica.

Nella *flow chart* rappresentata in Figura 1 è riportato tutto il percorso di revisione e selezione degli articoli.

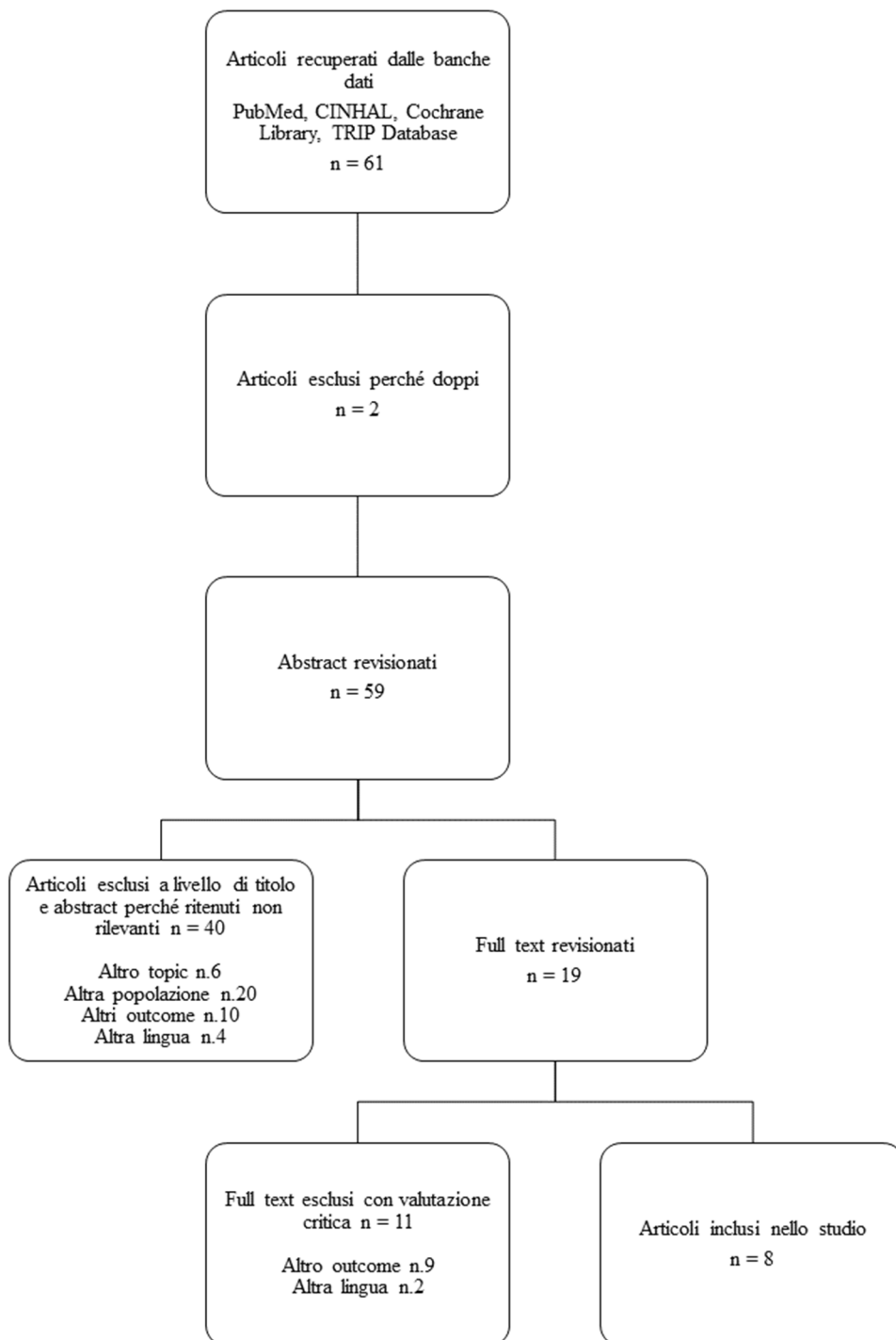


Figura 1

Gli studi selezionati hanno tutti in comune, come oggetto di ricerca, la relazione terapeutica tra infermiere e paziente psichiatrico e tutti hanno in comune, come assunto di base, il ruolo fondamentale che la relazione terapeutica svolge nell'assistenza

infermieristica e nel conseguimento di esiti positivi per i pazienti che utilizzano i servizi di salute mentale.

Tuttavia, dai risultati ottenuti è emerso un numero considerevolmente maggiore di aspetti legati a criticità e difficoltà relativi alla gestione della relazione con il paziente psichiatrico. Sono pochi gli studi presenti in letteratura che negli ultimi cinque anni siano riusciti ad applicare interventi teorico-procedurali in grado di produrre risultati efficaci sia alla relazione terapeutica sia agli *outcomes* del paziente.

Partiamo analizzando dapprima le criticità individuate, in modo da poter comprendere il motivo di una tale inconsistenza di studi utili a scopi di ricerca nell'individuazione di strategie relazionali terapeutiche efficaci.

La relazione terapeutica, per essere definita tale, richiede un'alleanza tra il professionista e l'assistito. Tale alleanza necessita non solo di specifiche capacità relazionali che il professionista dovrebbe possedere (descritte nel capitolo precedente), e quindi riconducibili ad una formazione specifica e adeguata al contesto in cui si opera, ma un elemento altrettanto indispensabile alla realizzazione di tale alleanza è il tempo, inteso come la possibilità che un professionista ha a sua disposizione per dedicarsi alla costruzione e alla gestione della relazione terapeutica.

La formazione, l'esperienza e il tempo sono, infatti, i fattori indicati come criticità dalla maggior parte degli studi presi in analisi.

Nello studio di Moreno-Poyato AR et al. (2018) veniva chiesto a due gruppi di infermiere di due unità psichiatriche di un ospedale universitario di introdurre la relazione terapeutica come elemento di cura nella loro pratica assistenziale infermieristica per migliorare gli *outcomes assistenziali* dell'utenza, così come suggerito dalle evidenze scientifiche.

L'obiettivo dello studio era di dimostrare come la relazione terapeutica potesse rappresentare un valido ed efficace strumento di cura per la salute mentale. I risultati attesi, quindi, sarebbero dovuti coincidere con un miglioramento dello stato di salute dell'assistito. Tuttavia, l'impedimento all'applicabilità di questo strumento ha portato alla luce risultati che, pur non rispondendo al quesito di ricerca dello studio, si sono rivelati

altrettanto interessanti per poter comprendere l'attuale difficoltà nei contesti di salute mentale relativi alla gestione del paziente psichiatrico.

I professionisti di entrambe le unità psichiatriche, coinvolti nello studio, hanno riferito che l'elevata pressione assistenziale e il tempo speso nella compilazione dei registri, che occupava l'intera attività lavorativa, aveva spesso impedito la possibilità di ricavare del tempo da dedicare alla relazione terapeutica.

Inoltre, molti professionisti si sentivano non adeguatamente preparati e, per questo, molto spesso demotivati. Molti hanno riferito di aver bisogno di implementare la formazione specifica per essere in grado di trasferire questa conoscenza nel lavoro quotidiano.

Questo studio solleva una grande criticità, ossia l'impossibilità di aggiornare la pratica assistenziale secondo Evidence Based Practice (EBP) e ciò costituisce un grande limite per il miglioramento della salute degli assistiti, obiettivo primario di cura.

I risultati di questo studio sono in linea con i risultati di un altro studio preso in esame: Andreas Glantz et al. (2019) hanno condotto una ricerca, da dicembre 2015 a febbraio 2016, nella quale hanno svolto un'osservazione strutturata di 129 ore e 23 minuti su dodici infermiere effettuata in sei reparti di degenza presso una clinica psichiatrica. Questa ricerca mirava a identificare come gli infermieri che lavorano nei reparti psichiatrici distribuiscono il loro tempo tra una varietà di compiti durante una giornata lavorativa. L'assunto teorico di riferimento è quello secondo cui il compito principale dell'infermiere nell'assistenza psichiatrica dovrebbe essere quello di pianificare l'assistenza del paziente e dedicare il tempo necessario a costruire una relazione, benché la maggior parte dei professionisti affermi di non avere tempo a disposizione per curare l'aspetto relazionale. Tempo, frequenza delle attività e numero di interruzioni sono stati registrati e analizzati utilizzando statistiche descrittive. I risultati hanno confermato la veridicità delle affermazioni dei professionisti, mostrando che la somministrazione dei farmaci, le cure assistenziali e la gestione del reparto occupavano l'intera fascia di attività giornaliera. Inoltre, un numero considerevolmente alto di interruzioni è stato osservato durante le attività terapeutiche impedendo un approccio relazionale con il paziente anche nei pochissimi momenti di assistenza diretta. L'osservazione diretta svolta in questo studio ha permesso di cogliere più da vicino le difficoltà di gestione dell'assistenza infermieristica in salute mentale.

È interessante sapere, attraverso una rassegna di Kornhaber et al. (2016) sulla relazione paziente-infermiere, che sebbene gli infermieri siano consapevoli della necessità di sviluppare una relazione terapeutica con il paziente psichiatrico, molto spesso hanno riferito di non conoscere le modalità relazionali adeguate ai fini terapeutici o hanno presunto che non esistano modalità specifiche e che la relazione con il paziente venga a crearsi senza uno sforzo aggiuntivo richiesto dall'infermiere. Ciò mostra che i professionisti potrebbero erroneamente credere che non esista alcuna differenza tra la relazione infermiere-paziente e la relazione terapeutica senza sapere che l'interazione terapeutica è intenzionale e si basa su teoria ed evidenza.

In uno studio pilota di Gina Panozzo et al. (2021), condotto da marzo a giugno 2018, è stato effettuato un sondaggio online su un campione di cinquantuno infermieri di reparti psichiatrici con lo scopo di esplorare diversi aspetti relativi alla relazione terapeutica con la propria utenza.

Come strumento è stato utilizzato un questionario composto da 16 *items* e 4 opzioni di risposta per determinare il grado di accordo/disaccordo. I risultati sono stati suddivisi sulla base delle aree esplorate all'interno del sondaggio: gli *items* relativi al significato personale attribuito dal professionista alla relazione infermiere-paziente hanno rilevato come risposte comuni l'importanza attribuita alla presenza di elementi quali fiducia, comunicazione, empatia e collaborazione; gli *items* relativi alla differenza tra relazione infermiere-paziente e relazione terapeutica hanno mostrato che il 56% del campione non conosceva la differenza; infine, gli *items* relativi all'individuazione degli elementi che ostacolano il miglioramento della relazione terapeutica hanno rilevato che il 37% del campione indica come cause la mancanza di competenze e formazione specifica, scarsa esperienza nel campo della salute mentale e difficoltà di gestione delle mansioni quotidiane.

L'attualità di questo studio apre una grande riflessione sulla presenza di ostacoli che ancora oggi limitano la pratica assistenziale e la cura in salute mentale.

Sono trascorsi quarantaquattro anni dalla Riforma Psichiatrica con la quale è stato sostituito il modello biomedico con quello bio-psico-sociale e grazie al quale la sofferenza mentale è stata riconosciuta al pari di quella fisica e, in quanto tale, trattata equamente alla sofferenza del corpo. Nonostante ciò, ancora oggi e un po' in tutto il mondo, si tende

a trattare il paziente psichiatrico con un approccio principalmente di tipo medico-assistenziale a discapito dell'aspetto terapeutico-relazionale.

Oggi possiamo affermare che la clinica è pervasa dall'uso della tecnologia per la determinazione della diagnostica e del trattamento farmacologico, e che si ha una tendenza a cercare nel farmaco la medicalizzazione dei problemi nel tentativo di porre fine alla sofferenza umana. Tuttavia, l'implementazione di strumenti e conoscenze e le evidenze scientifiche sempre aggiornate ci permettono di offrire al soggetto sofferente accoglienza e cura a 360 gradi.

Ciò a cui si assiste è una sorta di alienazione, come uno stato di estraneità tra il professionista e gli strumenti del proprio lavoro; è un fenomeno le cui cause sono riconducibili sempre agli stessi aspetti individuati finora.

Questo fenomeno è osservabile negli esiti dello studio di Nicacio TR et al. (2018), i cui risultati mostrano proprio come il non sapere determini alienazione, demotivazione e subordinazione dell'infermiere nel processo assistenziale.

Lo studio è stato condotto mettendo a confronto due categorie di professionisti infermieri di salute mentale suddividendoli sulla base della formazione posseduta: la categoria di professionisti specializzati in clinica infermieristica psichiatrica e la categoria di professionisti infermieri senza alcuna formazione specifica. Entrambi i campioni sono stati reclutati all'interno di strutture che si occupano di assistenza psicosociale a pazienti psichiatrici.

Sono state utilizzate interviste semi-strutturate, con lo scopo di analizzare l'approccio relazionale al paziente, il processo di assistenza e cura e gli *outcomes* rilevati.

I risultati hanno mostrato una totale contraddittorietà nelle risposte tra le due categorie. Le differenze sostanziali hanno riguardato il ruolo svolto dal professionista nel processo assistenziale, l'approccio al paziente e la base teorica di riferimento. I professionisti appartenenti alla categoria specializzata in clinica infermieristica hanno riferito di svolgere un ruolo centrale e autonomo nell'assistenza al paziente, ritenendosi i principali responsabili del benessere del paziente, riconoscendo il privilegio della loro figura in tutto il processo di cura. Molti hanno riferito che la possibilità di assistere il paziente quotidianamente con vicinanza e permanenza ha spesso consentito l'instaurarsi del



legame terapeutico con il paziente. La formazione specifica di questa categoria fa riferimento ad assunti teorico-pratici secondo i quali la relazione terapeutica ha un ruolo determinante nel processo assistenziale senza il quale non si identificano né si migliorano gli aspetti biologici dell'assistenza.

Contrariamente, il gruppo non specializzato descrive il proprio ruolo come subordinato ad altre figure nel processo di cura, riferisce un'assenza di motivazione nella cura dell'aspetto relazionale in quanto non di primaria importanza ai fini del ripristino delle condizioni fisiologiche del paziente e presenta una forma di alienazione nei confronti di tutto ciò che non appartiene alle conoscenze professionali possedute.

Questo studio mostra che l'assenza di formazione adeguata e specifica rende il professionista non solo non in grado di rispondere adeguatamente alle esigenze dell'utenza ma lo priva del riconoscimento del ruolo professionale svolto e, di conseguenza, lo limita alle sole mansioni assistenziali di base che egli stesso riconosce come uniche competenze possedute. Un professionista che opera entro limiti imposti dalla sua mancata conoscenza offrirà un'assistenza altrettanto limitata al suo sapere.

Lo sviluppo della clinica infermieristica è considerato come una possibilità di recidere l'alienazione del professionista dalle sue competenze e di promuovere il ruolo dell'infermiere come professionista autonomo ed esperto nella costruzione di un processo di cura basato sulla fiducia e la conoscenza approfondita che solo i professionisti dell'assistenza possono costruire con i propri pazienti, aspetti inestimabili per il successo dell'assistenza sanitaria.

Avere consapevolezza della possibilità di migliorare il proprio intervento rappresenta un essenziale punto di partenza per misurare la distanza tra le competenze possedute e le competenze adeguate a sostenere una relazione terapeutica efficace.

Fornire strumenti e promuovere consapevolezza è stato l'obiettivo dello studio di Manuela Schmidt et al. (2020), condotto su un gruppo di professionisti di un centro di emergenza psichiatrica.

In questo studio, dopo aver individuato attraverso un'intervista strutturata le difficoltà incontrate dai professionisti nella gestione dell'utenza, i ricercatori hanno fornito delle linee guida per migliorare la relazione e per fornire competenze adeguate ai professionisti.

Di seguito, un elenco di indicazioni comportamentali e relazionali raccolte da studi precedenti presenti in letteratura da applicare nell'interazione con il paziente: avere il controllo delle emozioni; fornire comprensione; usare un pensiero critico; supportarsi con i colleghi; lavorare con positività e umorismo; mostrare interesse nelle interazioni con il paziente; curare la relazione perseverando i fini terapeutici.

Un aspetto importante dei risultati di questo studio è dato dall'importanza svolta dalla supervisione clinica poiché avere la possibilità di qualcuno che supervisiona, individua le difficoltà e fornisce soluzioni efficaci è determinante in contesti di cura come un servizio di emergenza psichiatrica, nel quale molto spesso la tempestività e la complessità assistenziale richiesta spingono il professionista ad operare senza sosta e senza avere l'opportunità di riflettere sul proprio operato. Questo campione di ricerca ha mostrato come l'autoconsapevolezza dei limiti formativi, degli errori pratici e delle difficoltà organizzative possano facilitare la spinta ad un cambiamento, migliorando sia il servizio offerto sia la soddisfazione lavorativa.

Tutti gli studi analizzati finora hanno permesso una chiara analisi degli aspetti disfunzionali all'interno di un servizio di salute mentale. La prova che modificando questi elementi in un'ottica di risoluzione delle criticità possa apportare cambiamenti positivi che coincidono con un miglioramento degli *outcomes assistenziali* è supportato da evidenze scientifiche.

Come già detto all'inizio di questo capitolo, nel panorama scientifico odierno, relativo agli ultimi cinque anni di ricerca, solo alcuni studi sono riusciti ad applicare una metodologia che ha apportato risultati positivi alla relazione con il paziente.

Uno di questi è quello di Mark van Veen et al. (2021) nel quale, attraverso uno studio multicentrico randomizzato, sono stati coinvolti infermieri di salute mentale e pazienti psichiatrici prelevati all'interno di una comunità psichiatrica. Nello studio sono stati posti a confronto l'approccio usuale utilizzato dallo staff incentrato sulle cure medico-assistenziali e un nuovo approccio centrato sul trattamento interpersonale del paziente, proposto dai ricercatori come metodologia da sperimentare.

L'approccio interpersonale centrato sulla persona prevedeva un coinvolgimento attivo del paziente e si componeva di tre fasi sequenziali: stabilire un'alleanza terapeutico

relazionale con il paziente, condividere gli obiettivi dell'assistenza coinvolgendo il paziente nelle scelte e nel processo di cura e lavorare sul funzionamento mentale e sociale promuovendo l'*empowerment*.

Il campione di professionisti è stato suddiviso in due gruppi e a ciascun gruppo è stato assegnato un gruppo di pazienti non psicotici. Il gruppo di controllo ha continuato ad utilizzare l'approccio classico mentre il gruppo sperimentale ha adottato l'approccio interpersonale, dopo essere stato adeguatamente formato.

I ricercatori, per valutare le differenze tra i due approcci, hanno monitorato e valutato l'andamento di punteggi ottenuti dalla misurazione dei seguenti indici: qualità della relazione terapeutica, qualità della vita dell'assistito, difficoltà e criticità del trattamento, miglioramento dell'*outcome clinico*, soddisfacimento dei bisogni di cura, recupero del funzionamento sociale e riduzione/aumento della spesa sanitaria.

I pazienti sono stati tutti informati dello studio e, prima di procedere alla ricerca, è stato richiesto il loro consenso alla partecipazione. Le misurazioni di *follow-up* sono avvenute ogni sei, dodici e diciotto mesi e i risultati sono stati raccolti attraverso strumenti validati, come questionari e interviste specifiche per ogni indice di misurazione. Dopo la fase di raccolta dati, i risultati sono stati raggruppati in un'unica scala e analizzati per ottenere misure di confronto tra i due approcci utilizzati.

Il risultato primario con un livello significativo di differenza è stato riportato dall'indice relativo al miglioramento della relazione terapeutica con l'assistito. Inoltre, un altro risultato altrettanto significativo è stato rappresentato dall'indice di misurazione sulle difficoltà incontrate durante il trattamento: i professionisti che hanno utilizzato il trattamento interpersonale hanno riferito di aver incontrato minori difficoltà in quanto il paziente si è mostrato molto più collaborativo. A seguire, un ulteriore indice a favore del trattamento interpersonale è stato rappresentato dal miglioramento della rete sociale dei pazienti del gruppo sperimentale. Infine, in ordine di significatività di risultato, sono presenti una diminuzione dei costi sanitari e un miglioramento degli *outcomes assistenziali* dati da una riduzione del tempo di permanenza del paziente in struttura e una risposta efficace al trattamento interpersonale proposto dal gruppo sperimentale.

Questo studio mostra che avere un approccio strutturato in chiare fasi e obiettivi, un coinvolgimento diretto dell'assistito e un'attenzione alla natura umana della relazione terapeutica può favorire un miglioramento sia per il paziente che per il professionista impegnato nel processo di cura.

Anche nello studio di Hester Visagie et al. (2020) ci si è posti come obiettivo quello di mostrare i benefici di adottare un trattamento specifico per pazienti psichiatrici incentrato sul singolo e sulla relazione. In questa ricerca, attraverso uno studio descrittivo-esplorativo è stato preso in esame il trattamento basato sulla terapia di gruppo con un intervento terapeutico strutturato/semi-strutturato il cui scopo è la condivisione dei vissuti individuali, emotivi ed esperienziali con gli altri membri del gruppo. Lo scopo della presenza del gruppo è di facilitare non solo l'espressione della sofferenza emotiva legata alla patologia, ma anche dare la possibilità ad ogni membro di entrare in relazione con gli altri. L'efficacia di tale trattamento è strettamente correlata alle competenze dei professionisti che mediano la terapia, i quali devono dapprima stabilire una relazione terapeutica con ogni singolo membro basata su comprensione empatia e fiducia e, infine, garantire un ambiente sicuro e controllato nel quale ogni membro deve sentirsi accettato ed ascoltato dal gruppo. In questo studio, il campione era composto da infermieri specializzati in clinica psichiatrica, mediatori della terapia e un gruppo di pazienti con disturbi dell'umore presenti in un'unità di degenza all'interno di un ospedale psichiatrico pubblico.

I risultati di questo studio, oltre a mostrare i vantaggi indiscutibili di un approccio centrato sul singolo e sul suo vissuto emotivo, permettono di cogliere l'importanza ricoperta dalla presenza di figure specializzate all'interno di contesti specifici di cura. La possibilità degli infermieri di guidare la terapia di gruppo ha favorito l'emergere di relazioni terapeutiche efficaci e stabili tra i professionisti e i pazienti; la possibilità di entrare in relazione e di conoscere il vissuto di ogni paziente ha apportato un miglioramento della qualità dell'assistenza. I professionisti hanno riferito di cogliere con maggiore facilità i bisogni dell'assistito e hanno riscontrato una maggiore collaborazione e fiducia da parte dell'assistito.

I dati ottenuti da questo studio permettono di comprendere l'importanza, nella cura della salute mentale, di cure terapeutiche specifiche e di un personale altamente specializzato.

L'instabilità emotiva, comune a quasi tutti i disturbi psichiatrici, provoca sofferenza non solo per chi è portatore di tale disagio ma anche per chi se ne prende cura. Le difficoltà legate all'assistenza dei pazienti psichiatrici sono molteplici e di difficile gestione ed è per questo che formazione e competenza sono indispensabili per entrare in relazione con il paziente.

Molto spesso l'assistenza ospedaliera, però, si traduce in un luogo in cui i pazienti non trovano alcun sollievo alla sofferenza emotiva e la frustrazione che ne deriva crea ostilità e rifiuto delle cure offerte. Dall'altra parte, il professionista impegnato nelle cure psichiatriche lavora con un carico emotivo tale da sfociare spesso in episodi di stress lavorativo. In un clima simile diventa difficile cogliere e soddisfare i bisogni degli assistiti e a causa di ciò le degenze spesso hanno durata temporale prolungata rispetto al previsto.

Nello studio di Joachim Eckerstrom et al. (2019) è stato analizzato un intervento infermieristico di nuova attuazione nell'assistenza ospedaliera psichiatrica conosciuto come Ammissione Breve. L'obiettivo principale di questo tipo di intervento è individuare un "tempo breve" entro il quale il paziente deve acquisire strategie di *coping* costruttive per la gestione dei propri sintomi nonché il raggiungimento di una maggiore autonomia e autostima.

L'Ammissione Breve ha una durata di tre giorni per ogni singolo ricovero ed è disponibile per un massimo di tre volte al mese. L'intervento è gestito dagli infermieri dal ricovero alla dimissione. Per ogni Ammissione Breve viene stilato un piano assistenziale individualizzato redatto da un infermiere specializzato e il paziente. Ogni fase dell'assistenza deve essere accettata e firmata dal paziente stesso. Questo studio, attraverso un approccio qualitativo, ha raccolto le esperienze di infermieri specializzati e un gruppo di pazienti con instabilità emotiva sottoposti a questo trattamento.

I dati sono stati raccolti attraverso interviste formulate ad *hoc* e tra i risultati più interessanti si è riscontrato un decisivo miglioramento della relazione infermiere-paziente.

I professionisti coinvolti hanno riferito di aver riscontrato per la prima volta l'emergere di un vero e proprio rapporto di cura con il paziente nel quale il focus si è spostato dalla "somministrazione del farmaco" alla "gestione della relazione".

Secondo gli infermieri, gli incontri programmati e a scadenza temporale hanno posto più enfasi al raggiungimento dell'obiettivo preposto. Ciò ha favorito incontri più rispettosi e di qualità.

Il punto focale dell'assistenza è divenuto la comunicazione, attraverso la quale si sono instaurate relazioni terapeutiche profonde e continue. Inoltre, gli infermieri hanno riscontrato un decisivo miglioramento della qualità del lavoro in quanto sperimentavano per la prima volta una relazione con un paziente collaborativo e motivato alla cura. L'accoglienza, l'ascolto e la comprensione hanno permesso al paziente di dare fiducia alle competenze del professionista.

I risultati di questo studio mostrano come un piano assistenziale condiviso con il paziente, l'atteggiamento positivo e incoraggiante del professionista, nonché una visione ottimistica delle capacità di ripresa dei pazienti, siano fattori importanti per il miglioramento dello stato di salute dei pazienti.

Possiamo concludere affermando che l'assistenza centrata sulla persona, la cura dell'aspetto relazionale, la consapevolezza delle competenze professionali e l'utilizzo di strumenti specifici rappresentano elementi di cura indispensabili in un'ottica di assistenza infermieristica basata sul recupero del benessere e della salute.

Tuttavia, per validare l'efficacia di trattamenti simili è necessaria una popolazione più ampia di ricerca e la diffusione di tali strumenti come potenziali cure nell'ambito della salute mentale. La bassa incidenza di risultati simili presenti in letteratura rendono gli studi presi in considerazione di bassa rilevanza per una dimostrazione scientifica dell'importanza rivestita dalla relazione terapeutica.

## **DISCUSSIONE**

Lo scopo principale di questo lavoro di revisione era di dimostrare come la relazione terapeutica potesse rappresentare un valido strumento di cura in salute mentale e di conseguenza individuare tutti gli elementi utili affinché possa essere introdotta nella pratica infermieristica psichiatrica.

A tal proposito, attraverso la revisione narrativa della letteratura scientifica odierna, nel tentativo di individuare risultati che supportassero lo scopo di questo studio, si sono individuati molti elementi critici che caratterizzano l'assistenza psichiatrica e si è visto come questi rappresentino un ostacolo al miglioramento delle pratiche assistenziali.

Il riscontro centrale, degno di nota, è rappresentato dall'unanimità dei risultati degli studi esaminati che, seppur differenti per metodologie e campioni di ricerca, hanno in comune il riscontro delle medesime criticità individuate in differenti contesti di cura psichiatrica.

Le principali criticità individuate sono suddivisibili in due principali cause: la gestione dell'attività lavorativa e la formazione del personale. La maggior parte degli studi ha individuato, all'interno dei reparti psichiatrici, una discrepanza tra l'eccessiva richiesta di lavoro e il numero di personale presente; una problematica scontata se si allarga lo sguardo a tutto il panorama sanitario, oltre che un'eccessiva quantità di tempo spesa nello svolgimento di compiti di gestione di reparto a discapito di un tempo maggiore da investire nelle pratiche assistenziali che favoriscano vicinanza e continuità nella relazione con il paziente. Il dato più sconcertante rintracciato in più studi è il riferimento indiretto ad una politica sanitaria generale nella quale c'è ancora un forte ricorso alla medicalizzazione, ancora impregnata da quell'approccio esclusivamente biomedico ormai in disuso da anni e totalmente inappropriato in contesti di salute mentale dove la sofferenza, per l'appunto, ha origini psichiche.

Per quanto riguarda invece la formazione del personale, il prodotto della revisione ha mostrato un'associazione significativa tra il livello di formazione posseduto e le competenze necessarie alla cura dell'aspetto relazionale. Il dato centrale ha riguardato l'autoconsapevolezza, i professionisti hanno riconosciuto di non possedere le competenze specifiche indispensabili nella relazione terapeutica e molti hanno ammesso di non

conoscere la differenza tra una relazione a carattere terapeutico e una semplice relazione in cui viene coinvolto un infermiere e un paziente. La mancanza di formazione specifica rappresenta uno degli ostacoli principali al miglioramento delle pratiche assistenziali psichiatriche, se si pensa che la ricerca e l'istruzione infermieristica esistono per migliorare ciò che gli infermieri possono fare per aiutare i loro pazienti a ripristinare il loro stato di salute. Operare in contesti di cura specifici come quello della salute mentale, pone il professionista a confronto con problematiche che non riguardano solo le difficoltà relative alle pratiche assistenziali ma, in questi contesti, è richiesta la gestione di aspetti emotivi e personali. Sentire di non riuscire a tollerare il carico di stress che un ambiente simile può procurare, rende il professionista molto spesso vulnerabile e demotivato nei confronti del proprio lavoro. Operare senza avere a disposizione gli strumenti equivale ad un'assistenza limitata esattamente come il sapere del professionista. Ancora una volta si tratta di una problematica che ha carattere verticale, d'altronde nessun professionista si inserisce autonomamente in un contesto lavorativo.

Proseguendo l'analisi degli elementi utili a mostrare l'importanza rivestita dalla relazione terapeutica, in un'ottica più ottimistica e positiva, abbiamo rintracciato risultati che supportano a pieno la nostra ipotesi lavorativa.

Seppur con un numero decisamente inferiore di risultati di ricerca, abbiamo esaminato diversi studi nei quali sono stati sperimentati interventi basati sul singolo e sulla relazione. La mancanza di una formazione adeguata all'interno dei reparti di cura psichiatrica ha reso necessario un periodo di formazione ai professionisti coinvolti ai fini dell'applicabilità degli interventi.

Negli interventi proposti il focus è posto sulla relazione con il paziente e il ruolo dell'infermiere è quello di comprendere la sofferenza dell'assistito e di cogliere le risorse utili ad affrontare adeguatamente la patologia. Si sottolinea l'importanza di una relazione terapeutica centrata sulla persona e sulla sua individualità in un clima non giudicante, con il giusto equilibrio tra vicinanza e distanza che caratterizza per l'appunto la relazione terapeutica. In questo clima il paziente si è mostrato più collaborativo, prendendo parte attiva della pianificazione assistenziale, condividendo e approvando le scelte dei professionisti. Percepire vicinanza e ottimismo circa le sue possibilità di ripresa sono stati elementi associati ad un maggiore *compliance* dell'assistito alle cure.



Diverse sono risultate le strategie per uno sviluppo efficace della relazione terapeutica. Tra queste la comunicazione, l'ascolto, la comprensione, la vicinanza, l'empatia e il supporto emotivo, elementi comuni a tutti gli approcci presi in esame nei diversi studi. Inoltre, la sicurezza e la motivazione mostrata dai professionisti nella gestione della relazione ha favorito l'emergere di un clima di fiducia, il quale è stato significativamente associato all'aumento della *compliance* da parte del paziente. Dedicare tempo al paziente è considerato fondamentale sia negli studi che prendono in considerazione il punto di vista infermieristico che da parte dei pazienti.

Le associazioni statisticamente significative, ottenute dagli studi, tra la relazione terapeutica proposta come intervento e il decisivo miglioramento degli *outcomes assistenziali* del paziente, nonché la soddisfazione lavorativa riscontrata dai professionisti, supportano a pieno il nostro punto di partenza.

## CONCLUSIONE

In questo elaborato, partendo da un *excursus* teorico, concettuale e storico di riferimento, siamo riusciti ad analizzare e comprendere il significato ricoperto dalla relazione terapeutica nel contesto della salute mentale. Abbiamo individuato gli aspetti che la compongono e la caratterizzano, cercando di cogliere quelli che la distinguono da una più comune relazione sociale. Ci siamo poi soffermati sulle competenze relazionali necessarie ai professionisti delle cure psichiatriche affinché possano utilizzare questo strumento nella loro pratica assistenziale. Abbiamo ottenuto risultati interessanti attraverso la revisione della letteratura scientifica odierna che ci hanno mostrato l'imprescindibile importanza rivestita da elementi quali, un contesto di cura efficiente e una formazione adeguata e specializzata in contesti di cura specifici, come quello della salute mentale.

Abbiamo raccolto risultati che hanno supportato la nostra tesi di lavoro, mostrando come la relazione terapeutica vada ad associarsi al miglioramento di *outcomes assistenziali*. La ricerca ci ha inoltre permesso di individuare gli elementi che limitano un miglioramento della pratica assistenziale psichiatrica, permettendoci di cogliere più da vicino le difficoltà incontrate da un infermiere che opera in questi contesti.

Tuttavia, il principale riscontro di questo lavoro è tutt'altro che positivo in quanto è correlato alla scarsità di studi presenti in letteratura circa la relazione terapeutica nei contesti di salute mentale. È sorprendente che un elemento di cura così intrinseco sia al progresso del paziente che al ruolo clinico non disponga di una solida base di prove su cui attingere per fornire risultati e basi efficaci per il suo sviluppo.

La ricerca infermieristica in salute mentale ha la responsabilità di approfondire gli studi in merito alla relazione terapeutica essendo, ad oggi, riconosciuta come indispensabile strumento assistenziale.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association [APA], 2014. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, D.C.: APA. trad. it.: *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione* Milano: Raffaello Cortina.
- Archivio storico del Senato della Repubblica [ASSR], (1902-1904). Senato del Regno, Segreteria, Disegno di legge Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati, Legislatura XXI, seconda sessione, Atto Senato n. 147.
- Belcher, J. R., & Brittain-Fish, L. J., (2002). *Interpersonal Relations in Nursing: Hildegard E. Peplau*.
- Callaway, B. J., (2002). *Hildegard Peplau: Psychiatric nurse of the century*. New York: Springer.
- Castronovo, C., (1986). La legge 180, la Costituzione e il dopo, in *Riv. critica dir. priv.*, II, pp. 607 ss.
- Cunico, L., (2002). *L'assistenza al paziente con problemi psichici*. McGraw-Hill.
- Decreto del Presidente della Repubblica, 1° novembre 1999, Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000", *Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 22.11.1999, p.29.
- Eckerström, J., Allenius, E., Helleman, M., Flyckt, L., Perseius, K.I., & Omerov, P., (2019). Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurses' perspectives - person-centred care in clinical practice, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14:1, 1667133, DOI: 10.1080/17482631.2019.1667133.
- Engel, G.L., (1977). The need for a new medical model: a challenge for a new medicine. *Science*, 196: 129-36.
- Forchuk, C., (1993). *Hildegard E. Peplau: Interpersonal nursing theory – Notes on nursing theories* (10). Newbury Park, CA: Sage.
- Fornari, U., (1984). Il trattamento del malato di mente e la l. n. 180 del 1978: aspetti psichiatrico-forensi e medico-legali, in *Riv. it. med. leg.*, p. 333 ss; Giusti G.

- Frank, A.F., & Gunderson, J.G., (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47: 228–236.
- Glant, A., Örmon, K., & Sandström, B., (2019). “How do we use the time?” – an observational study measuring the task time distribution of nurses in psychiatric care. *BMC Nursing* 18:67  
DOI: 10.1186/s12912-019-0386-3.
- Gnocche, E., Guazzetti, M. G., Memmi, V., Palombo, A., Ingelsson, U., Skagerlind, L., & Tacchini, M.A., (2013). *L'infermiere psichiatrico: guida a una professione*. Torino: Boringhieri.
- Johansson, H., & Eklund, M., (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17: 339–346.
- Kozub, M.L., & Skidmore, R., (2001). Least to most restrictive intervention: A continuum for mental health care facilities. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Nursing*, 39(3): 32–38.
- Legge 18 marzo 1968, n. 431. Provvidenze per l'assistenza psichiatrica.
- Manara, D.F., (2000). *Verso una teoria dei bisogni di assistenza infermieristica*. Milano: Lauri.
- Masotti, G., Sartori, T., & Guaitoli, G., (1992). Il consenso del malato di mente ai trattamenti sanitari, in *Riv. it. Med. leg.*, pp. 305 e ss.
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P., (2014). Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3): 212–220.
- Ministero della Salute, (2019). Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Disponibile in:  
[https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2841](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2841)
- Moreno-Poyato, A.R., Delgado-Hito, P., Leyva-Moral, J.M., Casanova-Garrigós, G., & Montesó-Curto, P., (2019). Implementing evidence-based practices on the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A participatory action research. *J Clin Nurs*. 28:1614–1622.  
DOI: 10.1111/jocn.14759.

- Motta, P.C., (2002). *Introduzione alle scienze infermieristiche*. Roma: Carocci Faber.
- Moyle, W., (2003). Nurse-patient relationship: a dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12: 103-109.
- Nicacio, T.R., Toledo, V.P., & Garcia, A., (2018). From alienation to the nursing clinic: care of patients with psychiatric comorbidity. *Rev Bras Enferm.* 71(Suppl 5):2229-36. [Thematic Issue: Mental health]  
DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0930.
- O'Brien, A. J., (1999). Negotiating the relationship: Mental health nurses' perceptions of their practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8: 153–161.
- Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], (2021). *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
- Panozzo, G., Harris, B., (2020). Psychiatric Nurses' Perceptions of Therapeutic Alliance With Individuals With Schizophrenia A Survey Study,  
DOI: 10.3928/02793695-20210107-01.
- Pinikahana, J., Happell, B., Taylor, M., & Keks, N.A., (2002). Exploring the complexity of compliance in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 23: 513–528.
- Pontello, G., (2015). *Il management infermieristico. Organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000-2010*. Milano: Masson.
- Ponti, G., & Bovio, L., (1986). Un nuovo diritto per il malato di mente o una nuova percezione della malattia mentale?, p. 1062 ss.
- Porr, C.J., (2009). *Establishing therapeutic relationships in the context of public health nursing practice*. Alberta, Canada: University of Alberta.
- Priebe, S., Gruythens, T., (1993). The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181: 552–557.
- Progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1999-2000". Disponibile in:  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_558\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf)
- Rogers, C., (1971). *The interpersonal relationship: the core of guidance*. New York: Pocket Books.

- Saraceno, B., (2008). Sanità, OMS: più risorse per la salute mentale.
- Scanlon, A., (2006). Psychiatric nurses' perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 13(3):319-329.
- Schmidt, M., Stjernswärd, S., Garmy, P., & Janlöv, A.C., (2020). Encounters with Persons Who Frequently Use Psychiatric Emergency Services: Healthcare Professionals' Views, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 1012; DOI: 10.3390/ijerph17031012.
- Toresini, L., (2008). Dalla legge Mariotti a Basaglia - L'evoluzione dell'assistenza psichiatrica italiana e il superamento dell'esperienza manicomiale nel decennio 1968–1978.
- Traverso, G.B., (1986). Il giudizio di pericolosità ed il suo accertamento, in *Rivista Italiana di Medicina Legale e del Diritto in campo sanitario*, 4, pp. 1041 ss.
- van Veen, M., Koekkoek, B., Teerenstra, S., Adang, E., & Mulder, C.L., (2021). Effectiveness and cost effectiveness of interpersonal community psychiatric treatment (ICPT) for people with long-term severe non-psychotic mental disorders: a multi-Centre randomized controlled trial, *BMC Psychiatry* 21:261, DOI: 10.1186/s12888-021-03264-5.
- Vecchietti, A.M., (1981). L'evoluzione della legge psichiatrica italiana dalla legge n. 36 del 1904 alla legge 833 del 1978, pp. 115 ss.
- Visagie, H.M.P., Poggenpoel, M. & Myburgh, C., (2020). Lived experiences of psychiatric patients with mood disorders who attended group therapy facilitated by professional psychiatric nurses, *Curationis* 43(1), a2114. DOI: 10.4102/curationis.v43i1.2114.
- Visintini, G., (1982). La riforma in tema d'assistenza psichiatrica. Problematica giuridica, in *Pol. dir.*, p. 445 ss.
- Vita, A., Dell'osso, L., & Mucci, A., (2018). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale*. Volume 2. Giovanni Fioriti.
- Welch, M., (2005). Pivotal moments in the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14: 161-165.

- World Health Organization, (2014). Social determinants of mental health, World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization, (2021). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva.