



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL DOLORE NEL PAZIENTE PSICHIATRICO:
L'IMPORTANZA DI UNA CORRETTA RILEVAZIONE
PER UNA GESTIONE INFERMIERISTICA APPROPRIATA**

Relatore: Dott. Spanio Daniele

Laureanda: Baggio Virginia

Matricola: 2012568

Anno accademico 2022-2023



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL DOLORE NEL PAZIENTE PSICHIATRICO:
L'IMPORTANZA DI UNA CORRETTA RILEVAZIONE
PER UNA GESTIONE INFERMIERISTICA APPROPRIATA**

Relatore: Dott. Spanio Daniele

Laureanda: Baggio Virginia

Matricola: 2012568

Anno accademico 2022-2023

ABSTRACT

INTRODUZIONE – Nei pazienti psichiatrici la prevalenza di dolore è più alta rispetto agli altri pazienti, la maggior parte delle diagnosi psichiatriche nel DSM-V (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) è anche associata ad un aumento di presenza di dolore. Per questo motivo si vuole evidenziare l'importanza di una corretta e adeguata valutazione del dolore in ambito psichiatrico, considerando le variabili che possono condizionarla. In particolare, nel presente elaborato vengono analizzati la sensibilità e la percezione al dolore, che in presenza di disturbi mentali risultano spesso alterate, la stigmatizzazione sociale e il suo impatto durante la valutazione clinica, gli strumenti che possono essere utilizzati per un accertamento efficace ed infine il ruolo dell'infermiere in questi interventi, in quanto figura a stretto contatto con il paziente.

SCOPO – Dimostrare l'importanza di una adeguata valutazione del dolore nei pazienti con disturbi psichiatrici, considerando la dispercezione sensoriale, l'influenza della stigmatizzazione al momento dell'accertamento, gli strumenti validati da utilizzare e sottolineando l'importanza della figura dell'infermiere in questo contesto.

MATERIALI E METODI – Ricerca, analisi e revisione di letteratura consultando banche dati biomediche (PubMed). Sono stati formulati due quesiti di ricerca utilizzando il metodo PIO. Complessivamente sono stati utilizzati 38 articoli.

RISULTATI – In alcuni disturbi psichiatrici i processi che determinano una normale percezione del dolore sono alterati, le soglie somatosensoriali dei pazienti con schizofrenia dimostrano una soglia del dolore più alta. Nel disturbo depressivo maggiore gli studi rivelano che i pazienti sono meno sensibili agli stimoli dolorosi rispetto alla popolazione sana, come anche nel disturbo di personalità Borderline. Le soglie del dolore dei pazienti sono significativamente più alte in quelli con disturbo bipolare; anche se gli studi che ne esaminano la sensibilità al dolore sono limitati, alcuni di questi hanno permesso di osservare una iposensibilità durante gli episodi maniacali. È stato evidenziato come la stigmatizzazione sociale influenzi spesso più aspetti della vita di chi soffre di disturbi mentali, condizionando negativamente la loro presa in carico da parte degli operatori sanitari. Spesso i pazienti dichiarano di sentirsi 'etichettati' e 'sottodiagnosticati', peggiorando gli esiti dell'assistenza. Le scale di

valutazione individuate e validate, si differenziano per il contesto che indagano, ad esempio la Scala di Valutazione Globale del Funzionamento e la Short Form Survey a 12 voci valutano entrambe l'impatto del dolore nel funzionamento quotidiano, le scale analogiche visive e numeriche self-report, (NRS, VAS) invece, permettono al paziente stesso di valutare il grado di dolore percepito. Garantire un efficace accertamento del dolore è uno degli obiettivi primari per la professione infermieristica; la gestione di questo problema è la ragione principale per la quale le persone cercano assistenza pertanto, avere consapevolezza dei fattori che influenzano la stima del dolore permette al valutatore una presa in carico maggiormente adeguata e, conseguentemente, l'adozione di interventi più efficaci.

CONCLUSIONE – La sensibilità e la percezione del dolore per i pazienti con diagnosi di disturbi della salute mentale sono state esaminate fornendo la base per questa ricerca e dimostrando le alterazioni presenti in alcune patologie psichiatriche. Sono stati individuati alcuni tra gli strumenti utilizzabili in questo ambito, ed è stato discusso l'impatto della stigmatizzazione sulla qualità della vita dei pazienti, particolarmente in ambito clinico. Si incoraggia, per il personale infermieristico, un costante aggiornamento focalizzato sulla valutazione del dolore e l'adozione di interventi derivanti da un approccio individualizzato, sistematico e documentato.

PAROLE CHIAVE: valutazione del dolore, psichiatria, strumenti di valutazione del dolore, infermiere.

ABSTRACT

INTRODUCTION – In psychiatric patients the prevalence of pain is higher than in other patients, most psychiatric diagnoses in the DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) are also associated with an increase in the presence of pain. For this reason, we want to highlight the importance of a correct and adequate assessment of pain in the psychiatric field, considering the variables that can affect it. In particular, this paper analyzes the sensitivity and perception of pain, which in the presence of mental disorders are often altered, the social stigma and its impact during clinical evaluation, the tools that can be used for an effective assessment and finally the role of the nurse in these interventions, as a figure in close contact with the patient.

AIM – To demonstrate the importance of an adequate assessment of pain in patients with psychiatric disorders, considering sensory disperception, the influence of stigmatization at the time of assessment, the validated tools to be used and emphasizing the importance of the figure of the nurse in this context.

MATERIALS AND METHODS – Research, analysis and review of literature by consulting biomedical databases (PubMed). Two research questions were formulated using the PIO method. A total of 38 items were used.

In some psychiatric disorders, the processes that determine a normal perception of pain are altered, the somatosensory thresholds of patients with schizophrenia demonstrate a higher pain threshold. In major depressive disorder, studies reveal that patients are less sensitive to painful stimuli than in the healthy population, as well as in borderline personality disorder. Patients' pain thresholds are significantly higher in those with bipolar disorder; Although studies examining pain sensitivity are limited, some have allowed hyposensitivity to be observed during manic episodes. It has been highlighted that social stigmatization often affects more aspects of the lives of those suffering from mental disorders, negatively affecting their care by health professionals. Patients often report feeling 'labelled' and 'underdiagnosed', worsening care outcomes. The rating scales identified and validated differ in the context they investigate, for example the Global Functioning Rating Scale and the 12-item Short Form Survey both assess the impact of pain on daily functioning, the visual and numerical self-report analog scales, (NRS, VAS) on the other hand, allow the patient himself to assess the degree of

perceived pain. Ensuring effective pain assessment is one of the primary objectives for the nursing profession; The management of this problem is the main reason why people seek assistance, therefore, being aware of the factors that influence the estimation of pain allows the assessor to take better charge and, consequently, to adopt more effective interventions.

CONCLUSION – The sensitivity and perception of pain for patients diagnosed with mental health disorders were examined, providing the basis for this research and demonstrating the alterations present in some psychiatric pathologies. Some of the tools that can be used in this area were identified, and the impact of stigmatization on patients' quality of life, particularly in the clinical setting, was discussed. Nursing staff are encouraged to constantly update their efforts to assess pain and to adopt interventions based on an individualized, systematic, and documented approach.

KEYWORDS: pain assessment, psychiatry, pain assessment tools, nurse.

INDICE

INTRODUZIONE	Pag.	3
CAPITOLO 1: PROBLEMA, SCOPO, QUESITO DI RICERCA	“	5
1.1 Problema	“	5
1.2 Scopo	“	5
1.3 Quesito di ricerca	“	5
CAPITOLO 2: REVISIONE DELLA LETTERATURA	“	7
2.1 Materiali e metodi	“	7
2.2 Risultati della ricerca	“	8
2.2.1 <i>Il dolore nelle patologie psichiatriche</i>	“	8
2.2.2 <i>La sensibilità al dolore: come rende difficile un'attendibile valutazione del dolore</i>	“	10
2.2.3 <i>L'impatto della stigmatizzazione del disturbo mentale nella valutazione del dolore</i>	“	11
2.2.4 <i>L'assessment</i>	“	12
2.2.5 <i>Ruolo infermieristico</i>	“	15
CAPITOLO 3: DISCUSSIONE	“	19
3.1 Discussione	“	19
3.2 Limiti dello studio	“	22
3.3 Significatività dei risultati	“	23
3.4 Conclusione	“	23
BIBLIOGRAFIA		
ALLEGATI		
Allegato 1 - Tabella sinottica degli articoli utilizzati nella tesi		

INTRODUZIONE

La crescente consapevolezza della prevalenza del dolore e il suo impatto a livello socioeconomico portano alla necessità di avere personale formato, che possa prendersi cura delle persone che soffrono di episodi dolorosi. Assicurare ai pazienti una buona qualità della vita, infatti, è una priorità per il personale sanitario oltre ad essere fondamentale per ottimizzare i costi dell'assistenza sanitaria.

Nei pazienti psichiatrici la prevalenza di dolore è più alta rispetto agli altri pazienti, quasi ogni diagnosi psichiatrica nel DSM-5 è anche associata ad un aumento di presenza di dolore (1), anche se la relazione tra dolore e malattia mentale tutt'ora non è stata totalmente studiata. I meccanismi e i fattori che contribuiscono ad aumentare la probabilità di sviluppo del dolore, infatti, non sono completamente compresi, pertanto il trattamento e la gestione possono risentirne negativamente. Per questo motivo si vuole evidenziare l'importanza di una corretta e adeguata valutazione del dolore in ambito psichiatrico, considerando le variabili che possono condizionarla. In particolare, verranno affrontati: la sensibilità e la percezione al dolore che in questi disturbi mentali spesso sono alterate, la stigmatizzazione sociale e il suo impatto durante una valutazione clinica, gli strumenti che possono essere utilizzati per un accertamento efficace ed infine l'importanza del ruolo dell'infermiere, in quanto figura a stretto contatto con il paziente.

Questo tema vuole essere presentato non solo al personale sanitario in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) o CSM (Centro di Salute Mentale), ma anche a qualsiasi professionista che esercita in circostanze dove si può entrare in rapporto con un paziente con diagnosi di patologia psichiatrica. In Pronto Soccorso, ad esempio, si possono presentare frequenti accessi di pazienti già seguiti dal servizio di Salute Mentale, che al momento del Triage vengono valutati come riacutizzazioni di sintomi psichiatrici, a causa della presenza di uno stato di agitazione, anziché considerare la necessità di un'adeguata terapia per il dolore che spesso è stato trascurato. Si può, quindi, ipotizzare che riconoscendo il problema nel minor tempo possibile e attuando un piano terapeutico adeguato, gli accessi diminuiscano, assicurando un risultato migliore per il paziente e per l'Azienda Sanitaria.

La scelta di questo argomento però l'elaborato, deriva dall'esperienza svolta durante i tirocini curricolari come studente della facoltà di Infermieristica, nei quali si raggiunge consapevolezza rispetto ai diversi approcci utilizzabili per fornire assistenza ad una persona con diagnosi di disturbo mentale. Le modalità sono specifiche per la patologia e per i tratti caratteriali della persona in cura. Infatti, essendo il dolore un'esperienza soggettiva dell'individuo, deve essere valutato dall'infermiere considerando che la descrizione può essere eccessiva o attenuata rispetto alla dispercezione sensoriale caratteristica della patologia che presenta.

Questo vissuto incoraggia una ricerca basata sulle evidenze scientifiche, che possa determinare i fattori da tenere in considerazione nel momento della valutazione del dolore in un paziente con diagnosi di patologia psichiatrica, per interventi il più appropriati possibile che evitano di rendere il provvedimento inutile o persino dannoso.

Pertanto, l'infermiere in quanto health advocacy, ossia garante della salute, ha il dovere di operare scelte consapevoli per la salute dell'assistito (2), e questo comprende anche il dovere di essere formato sulle modalità più corrette per prendersi cura dei propri pazienti in base al quadro clinico che presentano.

CAPITOLO 1: PROBLEMA, SCOPO, QUESITO DI RICERCA

1.1 Problema

Il problema posto in analisi per la ricerca e revisione di letteratura consiste nella valutazione del dolore fisico nei pazienti dell'area Salute Mentale.

Il dolore è stato incluso dall'OMS, per la sua rilevanza nella clinica, nei parametri vitali, pertanto, è necessario che un professionista infermieristico sappia riconoscerlo e quantificarlo correttamente soprattutto nei pazienti che possono soffrire di dispercezioni sensoriali.

1.2 Scopo

Lo scopo di questo elaborato mira a definire come l'infermiere può riuscire a valutare il dolore efficacemente anche nei pazienti con dispercezioni sensoriali secondarie a patologie psichiatriche, in particolar modo in questa popolazione poiché statisticamente presenta un aumento del rischio di sviluppare dolore cronico e tende ad essere sottovalutata nel momento della diagnosi a causa della stigmatizzazione sociale. Si vuole studiare anche quali possono essere le varianti che durante il processo possono influire negativamente sul risultato. Inoltre, si pone attenzione agli strumenti, validati dalla letteratura studiata, utilizzabili per l'efficace accertamento, e infine viene messo in evidenza la figura dell'infermiere e il suo ruolo per una buona riuscita dell'intervento.

1.3 Quesito di ricerca

I quesiti di ricerca alla base della revisione della letteratura sono stati:

- Quali sono i fattori che potrebbero influenzare ed alterare la rilevazione del dolore in ambito psichiatrico?
- Il dolore viene sottovalutato a causa di queste variabili?
- Quali sono gli strumenti che vengono considerati adeguati in questo ambito?

Vengono quindi sviluppati due P.I.O. per formulare un quesito sanitario specifico usando il modello per la pratica basata sulle evidenze., come descritto nella tabella sottostante (Figura 1: P.I.O. formulati per la ricerca).

Popolazione	Pazienti con diagnosi di disturbo psichiatrico
Intervento	Rilevare la sensibilità e percezione al dolore
<u>Outcome</u>	Adeguaa valutazione del dolore

Popolazione	Pazienti con diagnosi di disturbo psichiatrico
Intervento	Utilizzare strumenti o/e altri metodi appropriati rispetto alla diagnosi clinica
<u>Outcome</u>	Corretta valutazione e monitoraggio del dolore

Figura 1: P.I.O. formulati per la ricerca

CAPITOLO 2: REVISIONE DELLA LETTERATURA

2.1 Materiali e metodi

Il presente elaborato consiste in una revisione e analisi della letteratura. La ricerca degli articoli è stata effettuata tra maggio e luglio 2023, è stata utilizzata PubMed come principale Banca Dati.

La ricerca è stata eseguita costruendo delle stringhe a parole libere e l'utilizzo di operatori booleani AND, OR e NOT (Tabella I: Le stringhe di ricerca utilizzate).

Tabella I: Le stringhe di ricerca utilizzate.

DATABAS E	STRINGA DI RICERCA	FILTRI	RISULTATI	ACCETTATI	ESCLUSI
PubMed	Pain Assessment AND Psichiary	'Free Full Text', '10 years', 'Adult'	1947	1	1946
PubMed	Pain Assesement AND Tools AND Psychiatric Patients	'Free Full Text', 'Adult'	86	3	83
PubMed	Pain Sensitivity AND Psychiatric Patients	'Free Full Text', '10 years', 'Adult'	215	8	207
PubMed	Physical Pain NOT Mental AND Psychiatry	'Free Full Text', '10 years', 'Adult'	759	3	756
PubMed	Pain AND Scales AND Psichiary	'Free Full Text', '10 years', 'Adult'	698	1	697
PubMed	Prevalence AND Pain AND Psichiary	'Free Full Text', '10 years', 'Adult'	1231	2	1229
PubMed	Stigma AND Mental Illness	'Free Full Text', '10 years', 'Adult'	1628	2	1626
PubMed	Perception AND Pain AND Mental Illness	'Free Full Text', '10 years', 'Adult'	395	3	392
PubMed	Thermal AND Pain AND Detection	'Free Full Text', '10 years', 'Adult'	115	3	112
PubMed	Assessment AND Pain AND Mental Illness	'Free Full Text', 'Adult'	2731	1	2730

Per permettere di indirizzare la ricerca, sono stati applicati alcuni filtri: ‘Free Full Text’, ‘5 years’, successivamente rimosso in due stringhe per mancanza di letteratura e ‘Adult: 19+ years’. Sono stati esclusi dalla revisione di letteratura gli articoli riguardanti problematiche psicologiche e comportamentali legate all’area geriatrica, studi con popolazione di età inferiore a 18 anni (compresi) e studi di genere.

Sono stati scelti per l’elaborato 38 articoli pertinenti all’obiettivo della ricerca (Figura 2: diagramma di selezione degli articoli).

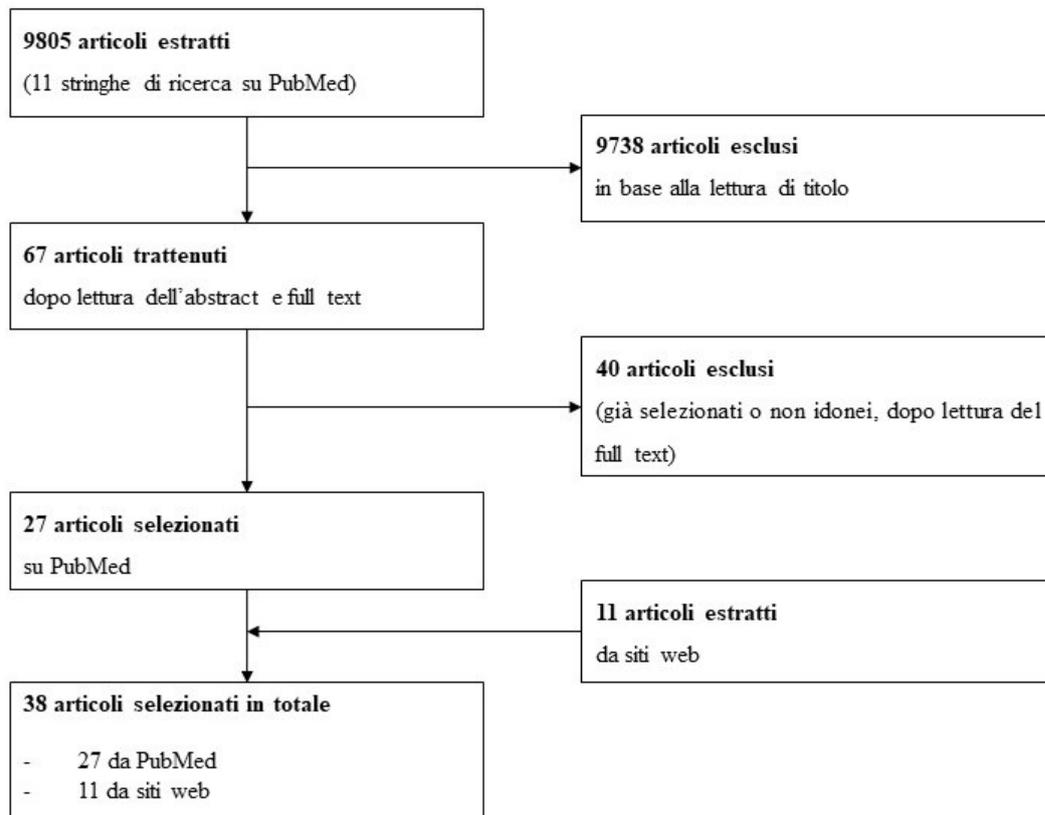


Figura 2: Diagramma di selezione degli articoli

2.2 Risultati della ricerca

2.2.1 Il dolore nelle patologie psichiatriche

In ambito psichiatrico, ma non esclusivamente, il dolore è stato definito dalla IASP (International Association for the Study of Pain) come esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata, o simile a quella associata, ad un danno tissutale reale o potenziale. Le persone apprendono il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita. È sempre un’esperienza soggettiva influenzata da fattori biopsicosociali,

pertanto il racconto di un'esperienza dolorosa dovrebbe essere rispettata senza preconcetti.

La gestione del dolore costituisce una sfida di primaria importanza a livello globale per tutti i professionisti dell'ambito sanitario; infatti, come evidenziato dal GPI (Global Pain Index) nel 2020 il 93% della popolazione mondiale ha sofferto di un episodio doloroso (3).

In particolare, nelle persone con disturbi psichiatrici è significativo prendere in considerazione questo fattore perché spesso la loro condizione mentale si aggrava durante un episodio di dolore, acutizzando di conseguenza i sintomi depressivi (4) o psicotici (5).

La prevalenza del dolore cronico e dei disturbi correlati al dolore cronico è maggiore nelle popolazioni con disturbi psichiatrici rispetto a quelli senza (1). Come analizzato nel 2017 la prevalenza di dolore cronico nei disturbi d'ansia varia dal 4% al 38% tra gli adulti in tutto il mondo. Le stime di prevalenza nella depressione variano dallo 0,8% al 21%, nel disturbo bipolare variano dallo 0,3% al 4%, nell'ideazione suicidaria tra i pazienti con dolore cronico variano dal 5% al 50%, mentre nella schizofrenia o psicosi la prevalenza si attesta all'incirca all'1,1%. Come dimostrato in queste statistiche la prevalenza del dolore cronico e l'intensità del dolore sono inferiori tra i pazienti con determinate patologie psichiatriche (6).

Una corretta valutazione del dolore in questi pazienti, quindi, può presentarsi come una sfida notevolmente più complessa per fattori sia intrinseci che estrinseci alle patologie psichiatriche discusse. Questi possono essere, ad esempio: l'alterata sensibilità e percezione al dolore (7, 8, 9, 10), la mancanza di informazioni che limitano le capacità degli operatori sanitari di distinguere i sintomi fisici ed emotivi che si presentano in un episodio di dolore rispetto a quello di una esacerbazione di sintomi psichiatrici primari (5), e infine un concetto di rilevanza primaria in questo ambito: lo stigma sociale. Secondo la ricerca, la stigmatizzazione spesso porta a sottodiagnosticare questi pazienti e allo stesso tempo riduce la probabilità di fornire le cure adeguate (5). Inoltre, questi sintomi secondari ad una condizione di dolore vengono percepiti erroneamente dal personale sanitario come deresponsabilizzazione dell'individuo o fallimento, anziché di parte del disturbo, proprio a causa di questo stigma (7).

Dunque, il dolore ha un impatto di gran rilievo sulla popolazione mondiale in diverse aree, tra cui la qualità della vita, il sonno, il lavoro e il funzionamento globale, portando a condizioni sociali peggiori nel tempo rispetto a quelli che non lo provano (5). Pertanto, l'importanza di una accurata diagnosi precoce del dolore e di ciò che lo causa assicurerebbe un trattamento adeguato in minor tempo, riducendo l'impatto sull'individuo e portando ad un outcome superiore, con una riduzione dei costi sanitari e un miglioramento dei risultati di salute mentale (11).

Dopo aver introdotto il significato del dolore in generale, si rende necessario distinguere una particolare forma di dolore spesso riscontrata nell'ambito della salute mentale: la sofferenza psichica. È stata proposta una definizione consensuale del dolore psicologico nel 2003, nello specifico, che lo descrive come una sensazione duratura, spiacevole e insostenibile, caratterizzata da una percezione di incapacità o carenza del sé. Il dolore psicologico "insopportabile" è uno dei sintomi più frequenti associati alla depressione maggiore e la sua presenza può aumentare esponenzialmente il rischio di suicidio (11), ponendolo quindi come un problema prioritario sociale. Tuttavia, in questa revisione verrà preso in considerazione solo il dolore fisico nei pazienti con diagnosi di disturbo mentale, la validità delle scale di valutazione e altri strumenti utilizzati, la percezione e sensibilità disfunzionale e lo stigma sociale a questo collegati.

2.2.2 La sensibilità al dolore: come rende difficoltosa un'attendibile valutazione del dolore

Riconoscere la presenza di un'alterazione del sistema percettivo è un intervento fondamentale per ottenere un'adeguata valutazione del dolore nei pazienti psichiatrici, dal momento che la rilevazione con i classici criteri può risultare distorta. La percezione, infatti, viene definita come un processo mentale nel quale gli stimoli sensoriali sono portati a livello di coscienza, quindi riconosciuti, confrontati con altri, collocati in parametri temporali e spaziali e, infine, interpretati; le condizioni ideali necessitano di un'integrità a livello fisio-anatomico di: recettori, vie nervose, aree sensoriali primarie, e aree associative. La malattia mentale può influenzare l'esperienza del dolore, influenzando la sua percezione, la risposta affettiva e l'interpretazione dei sintomi fisici (9).

Feldam-Barrett nel 2017 suggerisce quanto sia probabile che l'alterata percezione e risposta del dolore siano fortemente correlati ad alterazioni nella regolazione emotiva (10). Questo può essere particolarmente importante nella schizofrenia, dove una ridotta sensibilità al dolore può contribuire a ritardi nell'identificazione e nel trattamento dei disturbi della salute fisica, che potrebbero quindi comportare un peggioramento [...] e una prognosi peggiore (5). Altri studi hanno suggerito il coinvolgimento delle vie serotoninergiche e noradrenergiche nel Disturbo Bipolare oltre a specifici meccanismi neuroinfiammatori [...] che contribuiscono a livelli più elevati di dolore (11). Nella depressione i meccanismi neurobiologici alla base di questo fenomeno non sono chiari, [...] ma una ridotta sensibilità al dolore è stata dimostrata in pazienti caratterizzati da una ridotta reattività neuroendocrina alla clomipramina, suggerendo un coinvolgimento della disfunzione serotoninergica alla base dell'alterata percezione del dolore (12).

Anche per i pazienti con diagnosi di disturbo di personalità Borderline (BPD), a livello del sistema nervoso centrale, è stato dimostrato che le componenti affettive e cognitivo-motivazionali dell'elaborazione del dolore sono alterate (13).

Dopo aver sottolineato come determinate patologie psichiatriche possano influire sulla percezione del dolore, è doveroso riconoscere la priorità che rappresenta prendere in considerazione questi fattori nel momento in cui questi pazienti presentano sintomi dolorosi o uno scompensamento dei sintomi psichiatrici secondari a problematiche di natura organica.

2.2.3 L'impatto della stigmatizzazione del disturbo mentale nella valutazione del dolore

Il concetto di 'stigma' in ambito psichiatrico è un argomento considerevolmente rilevante e viene definito dall'OMS nel 2012 come un "marchio di vergogna, disgrazia, o disapprovazione" per coloro che vivono con la malattia mentale. La discriminazione deriva dalla stigmatizzazione della malattia mentale per cui i diritti umani e le libertà di una persona sono violati in tutti gli aspetti della vita, compreso l'accesso all'assistenza sanitaria. In effetti, molte persone descrivono lo stigma come peggiore della condizione stessa (14), ed è un concetto che si declina in più aspetti della loro vita.

A seconda di chi lo agisce possiamo distinguere:

- Stigma ‘pubblico’ coinvolge gli atteggiamenti negativi o discriminatori che gli altri hanno sulla malattia mentale;
- Auto-stigma si riferisce agli atteggiamenti negativi, inclusa la vergogna interiorizzata, che le persone con malattie mentali hanno riguardo alla propria condizione;
- Stigma istituzionale è più sistemico, coinvolge le politiche di organizzazioni governative e private che limitano intenzionalmente o non intenzionalmente le opportunità per le persone con malattie mentali.

Si vuole enfatizzare, in aggiunta, come questo concetto di pregiudizio colpisce non solo le persone con diagnosi di malattie mentali, ma anche le persone care che li sostengono, compresi i loro familiari (15) e può ripercuotersi anche nell’ambito dell’assistenza, negli interventi degli operatori sanitari che si occupano di questi pazienti.

Gli studi hanno riportato che sia i pazienti che gli infermieri percepiscono barriere durante l’assistenza derivanti dallo stigma verso la malattia mentale [...], ciò può portare a cure compromesse, per cui l'individuo può sperimentare l'isolamento, l'abuso di esclusione, l'oscuramento diagnostico e il conseguente rifiuto del trattamento sanitario (16). Questo oscuramento diagnostico, soprattutto evidenziato per quanto riguarda i sintomi fisici, risulta essere molto preoccupante, specialmente se si pensa che i pazienti psichiatrici frequentemente sviluppano dolore cronico.

2.2.4 L'assessment

Dopo aver considerato le variabili che possono influenzare una valutazione efficace del dolore, diventa necessario stabilire quali siano gli strumenti più adeguati da utilizzare per realizzarla.

Innanzitutto, durante la prima valutazione di un caso, è necessario ottenere una registrazione completa dei trattamenti in atto. Inoltre, al momento del colloquio, usare un linguaggio che sia comprensibile per il paziente è fondamentale per aumentare la fiducia con il professionista, incrementando anche la compliance che porta conseguentemente ad una diagnosi più accurata. Infatti, le informazioni fornite loro da

parte di medici o infermieri negli ospedali, sono spesso male interpretate dai pazienti e questo può essere fonte di notevole ansia (17).

Si ricorda, inoltre, che spesso i pazienti utilizzano termini non adeguati per descrivere il proprio dolore, in tal caso soffermarsi per una descrizione accurata può rivelarsi molto utile.

È importante misurare i sintomi psichiatrici in atto nel momento della valutazione: una delle scale certificate in uso è la Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded (BPRS), ovvero un'intervista ampiamente utilizzata per valutare i sintomi psichiatrici tra le persone con SMI, con elementi valutati su una scala di 7 punti, che vanno da 1 ("nessuno") a 7 ("estremamente grave"). Questa scala include elementi che valutano la sfera affettiva inefficace, l'iperattività motoria, la disorganizzazione concettuale, l'eccitazione, la tensione, la distraibilità, il ritiro emotivo, la non cooperazione, il ritardo motorio, i manierismi e le posizioni (18).

La letteratura propone diverse scale per la valutazione del dolore in tutte le sue forme e in diversi contesti; ad esempio, per valutare quanto interferisce l'esperienza del dolore con le attività quotidiane viene usata la Global Assessment Scale of Functioning (GAF, Scala di Valutazione Globale del Funzionamento) e il Short Form Survey a 12 voci (5).

La GAF Si tratta di una scala numerica utilizzata da medici e specialisti della salute mentale per valutare soggettivamente il funzionamento sociale, occupazionale e psicologico di un individuo, in risposta ai vari problemi nella vita.

I punteggi variano da 100 (funzionamento estremamente elevato) a 1 (gravemente compromesso). Recentemente la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) ha eliminato il Global Assessment of Functioning (GAF) perché è improbabile che un singolo punteggio del GAF trasmetta informazioni per valutare adeguatamente la diagnosi, la gravità dei sintomi e della diagnosi, la pericolosità per sé o per gli altri e la disabilità nelle sfere sociali e di auto-cura, che possono variare indipendentemente nel tempo (19).

La 12-item Short Form Survey (SF-12), invece, è un test di autovalutazione con 12 domande progettato per valutare il benessere fisico e mentale di un paziente. Valuta alcuni item tra i quali limitazioni nelle attività fisiche a causa di problemi di salute, limitazioni nelle attività sociali a causa di problemi fisici o emotivi, limitazioni nelle

normali attività di ruolo a causa di problemi fisici di salute, dolore e salute mentale generale [...]. L'SF-12 sembra essere uno strumento psicometricamente valido per misurare la qualità della vita correlata alla salute delle persone con SMI (20).

Vengono utilizzate anche le classiche scale self-report somministrate valutate come efficaci anche in ambito psichiatrico entro i limiti dei sintomi e delle condizioni dell'individuo. La Visual Analog Scale (VAS), la Numerical Rating Scale e la Faces Pain Scale (FPS) nei bambini, sono le più frequentemente utilizzate (21). La FPS non viene considerata nella presente revisione poiché viene somministrata a una popolazione di età inferiore rispetto a quella considerata per filtrare la ricerca.

La Visual Analogue Scale - VAS è prototipo delle scale analogiche, in cui il valutatore è chiamato a collocare su di un segmento della lunghezza di 100 mm, il livello di gravità del paziente, tenendo conto che l'estremità sinistra corrisponde all'assenza di malattia e quella destra alla massima gravità; la misura della gravità è espressa dai millimetri intercorrenti fra l'estremità sinistra (normalità) ed il punto del segmento in cui è stato collocato il paziente (22).

Simile alla VAS ma in versione numerica segmentata, la scala numerica di valutazione del dolore, (NRS) è una misura unidimensionale dell'intensità del dolore negli adulti, in cui un intervistato seleziona un numero intero (0-10 interi) che riflette meglio l'intensità del suo dolore. La scala numerica a 11 punti varia da "0" che rappresenta un estremo di dolore (ad esempio "nessun dolore") a "10" che rappresenta l'altro estremo del dolore (ad esempio "dolore così grave come puoi immaginare" o "peggior dolore immaginabile"). Le scale one-item sono considerate molto valide in ambito psichiatrico (23).

Spesso nei pazienti psichiatrici è molto utile osservare e saper interpretare la comunicazione non verbale, in quanto, assume caratteristiche differenti in base alla patologia diagnosticata. Nella schizofrenia, ad esempio, vi è un minor numero di espressioni facciali con minore varietà e intensità (24), pertanto conoscere il significato di queste caratteristiche può senz'altro giovare alla valutazione che risulterà più accurata.

La Physical and Psychological Pain - Visual Analog Scale (PPP-VAS) sembra essere uno strumento valido in termini di capacità discriminatorie e validità convergenti-divergenti. Sei dimensioni vengono misurate con il PPP-VAS, ogni dimensione è

visivamente presentata come un rettangolo orizzontale etichettato alle estremità con "nessun dolore" (a sinistra) e "dolore massimo" (a destra).

Il vantaggio principale di questa scala rimane la sua facilità d'uso, questa infatti richiede pochissimo tempo per essere completata, non richiede quasi nessun tempo extra per il professionista e potrebbe quindi essere facilmente aggiunto alla valutazione dei pazienti. È importante notare che questa scala è utilizzata simultaneamente per valutare il dolore psicologico (25).

Per ampliare la ricerca sulle esperienze di dolore nei pazienti con patologie psichiatriche e la misura in cui è presente atipicità, sono stati introdotti i test di dolore termico e la relativa modulazione della soglia di rilevamento.

Le soglie di percezione termica corrispondono alle temperature alle quali una persona inizia a percepire uno stimolo termico come caldo o freddo, mentre le soglie del dolore termico sono le temperature alle quali una persona inizia a percepire il caldo o il freddo come doloroso. Queste soglie sono solitamente determinate applicando uno stimolatore termico sulla pelle, e la temperatura '60' (cioè una temperatura che suscita una valutazione del dolore di 60 su 100) è stato il primo stimolo nocivo somministrato durante una sessione sperimentale (8), valore che viene preso come riferimento.

I valori soglia sono influenzati da una serie di fattori, tra cui il metodo di test, la velocità di riscaldamento, la temperatura ambiente, la posizione sulla pelle o la temperatura cutanea (26). Le procedure di test termici rimangono la forma più utilizzata di test sensoriali, in quanto sono facili da usare, sicuri e facilmente applicabili (10).

2.2.5 Ruolo infermieristico

Nel presente elaborato si vuole mettere in evidenza il ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore nel paziente psichiatrico, anche in considerazione del fatto che gli infermieri sono tra quei professionisti che forniscono assistenza diretta, perciò è comprensibile come possano trovarsi regolarmente di fronte al dolore e alla sofferenza dei pazienti (27), soprattutto nel momento del ricovero, pertanto è opportuno siano formati nel modo più adeguato per fornire assistenza appropriata in tali situazioni. In molti studi è stato notato che gli infermieri sentono di non ricevere un'adeguata formazione relativamente alla malattia mentale sia dalle loro strutture

sanitarie, sia dal loro curriculum infermieristico come studenti [...] nello specifico, viene percepita la mancanza di conoscenze e/o abilità necessarie per fornire supporto, trattamento e intervento adeguati alle persone con malattie mentali (16).

Inoltre, deve essere considerato l'aspetto psicologico ed emotivo del personale infermieristico, il quale si trova costantemente in relazione con questa tipologia di pazienti pur non considerandosi formato adeguatamente, percependo spesso l'assistenza fornita come inutile e considerandosi non in grado di rapportarsi nel modo adeguato con questo tipo di pazienti.

Come affrontato in precedenza, è presente anche la stigmatizzazione che si traduce spesso in atteggiamenti di futilità tra gli infermieri, a causa della convinzione che le persone con malattie mentali non siano in grado di stare meglio (16). Pertanto, gli operatori sanitari devono essere consapevoli dell'impatto negativo che atteggiamenti stigmatizzanti e comportamenti discriminatori possono avere sui soggetti con disturbi psichiatrici (27).

La IASP (International Association for the Study of Pain), ribadisce come l'infermiere sia una figura centrale nella rilevazione e valutazione accurata e tempestiva del sintomo dolore, perché ha frequenti contatti con pazienti in una varietà di contesti (ad esempio, casa, ospedale, ambulatorio, comunità), e la diffusa prevalenza del dolore a livello globale dimostra la necessità di un'educazione completa al dolore per tutti gli operatori sanitari.

La stessa Associazione incoraggia tutti i corsi infermieristici a utilizzare piani formativi che incorporino l'educazione e la formazione sul dolore. Ogni infermiere dovrebbe essere in grado di valutare e gestire il dolore, tutti i professionisti dovrebbero fungere da difensori della persona che soffre e garantire che il trattamento del dolore poggi su linee guida basate sull'evidenza e principi etici che includano, ovviamente, anche l'ambito psichiatrico.

Un infermiere, in quanto tale, dovrebbe essere in grado di identificare in qualsiasi tipo di paziente la presenza di dolore, eseguire una valutazione completa in base al quadro clinico, valutare l'impatto sul paziente e i familiari, avviare azioni per gestire il dolore e valutare l'efficacia di tali azioni.

Inoltre, per il ruolo centrale che gli infermieri occupano e la responsabilità che possiedono in questo ambito, questi sono tenuti a conoscere i meccanismi del dolore e

le variabili che influenzano la percezione e la risposta del paziente, la relativa epidemiologia, gli ostacoli a un efficace controllo del dolore, le condizioni di dolore frequentemente incontrate e i metodi affidabili di valutazione clinica del dolore per ogni singolo caso (28).

CAPITOLO 3: DISCUSSIONE

3.1 Discussione

Quello del dolore è un problema attuale sul quale si è molto discusso negli ultimi anni, in considerazione della sua prevalenza a livello globale e degli elevati costi economici. Un recente studio condotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha coinvolto più di 25.000 pazienti in 14 paesi diversi ha riportato che il 22% dei pazienti afferenti alle cure primarie ha sofferto di dolore presente per la maggior parte del tempo e per un periodo di almeno 6 mesi (29). In particolare, in ambito psichiatrico, dove è stata riscontrata la frequente presenza di episodi dolorosi acuti e cronici, è essenziale che la diagnosi e la valutazione in questi casi sia appropriata, così da garantire una efficace presa in carico del paziente e promuoverne l'autocura. È possibile, in questo modo, diminuire gli accessi ai servizi che possono essere evitati se gestiti anticipatamente, traendo vantaggio sia per i costi sanitari sia per la qualità di vita del paziente.

In questa revisione è emersa l'importanza di prendere consapevolezza di alcuni fattori, i quali durante l'accertamento del dolore nei soggetti con diagnosi di patologia psichiatrica, possono influenzare l'esito della rilevazione.

Gli elementi presi in considerazione sono stati: la sensibilità e la percezione alterate, l'influenza della stigmatizzazione sociale, gli strumenti e le scale di valutazione adeguate da utilizzare.

È stato possibile confermare che la malattia mentale può influenzare l'esperienza del dolore, alterandone la percezione, la risposta affettiva e l'interpretazione dei sintomi fisici (9). Di norma, le vie del dolore sono costituite da un sistema afferente che conduce gli stimoli dai nocicettori periferici ai centri superiori, da un sistema di riconoscimento che decodifica, interpreta l'informazione, valuta la pericolosità e predispone le possibili risposte (motoria, neurovegetativa, endocrina, psico-emotiva), e da un sistema di modulazione e controllo che invia impulsi inibitori al midollo spinale per ridurre la potenza degli impulsi nocicettivi afferenti (30); in alcuni disturbi psichiatrici questi processi sono alterati poiché, come è emerso esaminando le soglie somatosensoriali, i pazienti con schizofrenia dimostrano iposensibilità con soglie di percezione del calore significativamente più elevate

rispetto ai controlli sani, presentando, quindi, una soglia del dolore più alta (10). È presente, inoltre, una alterata elaborazione dell'aspetto motivazionale-affettivo del dolore dovuto alla disfunzione del lobo frontale (31). Nel disturbo depressivo maggiore gli studi rivelano che i pazienti sono meno sensibili agli stimoli dolorosi rispetto alla popolazione sana (12), vengono inoltre associate alterazioni dell'imaging funzionale nelle regioni cerebrali responsabili dell'elaborazione degli stimoli emotivi nella la corteccia cingolata anteriore e la corteccia prefrontale (32). Anche nel disturbo di personalità Borderline, le soglie del dolore dei pazienti sono significativamente più alte (14), ed è presente una ridotta attivazione dell'attività neurale nella corteccia cingolare anteriore perigenuale e nell'amigdala (13). Nei pazienti con disturbo bipolare, invece, gli studi che esaminano la sensibilità al dolore sono più scarsi e il quadro è ulteriormente offuscato dalla variabilità legata allo stato clinico (maniacale, depresso o eutimico), tuttavia, sembra esserci una minore sensibilità al dolore nei pazienti bipolari in stati maniacali (10), con compromissioni nel percorso sensoriale-discriminativo e, in misura minore, nel percorso affettivo-motivazionale (8).

Il secondo fattore preso in considerazione è stato lo stigma sociale: come precedentemente discusso, si tratta di un argomento di notevole rilevanza in ambito psichiatrico, infatti questa discriminazione influenza molti ambiti della vita del paziente e, nel contempo, le cure fornite dal personale sanitario.

Spesso i pazienti dichiarano di sentirsi 'etichettati' e 'sottodiagnosticati' dal personale da cui vengono assistiti, provocando in loro sentimenti di rabbia, ansia e stress emotivo, che inevitabilmente porta alla diminuzione delle probabilità che seguano le raccomandazioni mediche (16).

La ricerca mostra che gli operatori sanitari sono altrettanto suscettibili di credenze e comportamenti stigmatizzanti nei confronti delle persone con malattie mentali quanto il resto della popolazione (34), tuttavia questo non deve essere considerato un presupposto che giustifichi questi atteggiamenti, che siano o meno intenzionali, poiché il paziente sarà molto più incline a rifiutare assistenza.

Per quanto concerne il personale infermieristico sono emersi alcuni temi simili, come il forte stato di stress emotivo derivante dalla difficoltà nello stabilire un rapporto e dal senso di 'sforzo inutile', ma anche la sensazione di frustrazione e disperazione nel

momento in cui non è stato in grado di fornire un supporto adeguato a chi presentava un problema di salute mentale, a causa di scarsità di abilità e conoscenze limitate (16). Oltre alla riferita mancanza di formazione, sono stati sperimentati mancanza di supporto e limitazioni di ruolo che hanno aggravato il sentimento di inadeguatezza. Sembra opportuno comunque ricordare, come citato nell'Articolo 3 del Codice Deontologico della professione infermieristica, che l'infermiere deve astenersi da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare (35).

Nella presente revisione della letteratura sono individuati e raccolti alcuni degli strumenti utilizzabili per la valutazione del dolore nei pazienti con compromissione della salute mentale.

Per il corretto utilizzo si ribadisce l'importanza della somministrazione degli stessi in un ambiente che si presenti sicuro e confortevole, l'utilizzo di una comunicazione non verbale adeguata e di un linguaggio che sia comprensibile per il paziente. L'adozione di questi accorgimenti aumenta la fiducia del paziente negli operatori sanitari incrementando, di conseguenza, il grado di compliance.

È necessario ricordare che i sintomi devono essere sempre valutati qualsiasi sia la loro gravità senza tener conto del giudizio di normalità o di patologia. Il giudizio deriva non dalla presenza o meno di un singolo sintomo, ma dall'insieme dei sintomi, dal grado di distorsione della realtà che essi determinano e dal livello di compromissione bio-psico-sociale che i pazienti presentano (36).

Le scale di valutazione individuate si differenziano anche per i contesti che considerano, ad esempio la Scala di Valutazione Globale del Funzionamento e la Short Form Survey a 12 voci valutano entrambe l'impatto del dolore nel funzionamento sociale, occupazionale e psicologico quotidiano. Le scale analogiche visive e numeriche self-report, come la Visual Analogue Scale e la Numerical Rating Scale, invece, permettono al paziente stesso di valutare il grado di dolore percepito, così come la scala PPP-VAS. Questi strumenti, tuttavia, necessitano di una adeguata interpretazione da parte di chi le somministra, quindi l'analisi non deve concludersi nel momento della somministrazione della scala bensì dev'essere il punto d'inizio per studiare la frequenza e le caratteristiche qualitative dell'episodio doloroso, mirando

allo sviluppo di un piano terapeutico per la gestione e prevenzione di queste problematiche.

In merito alla dispercezione sensoriale peculiare di alcune patologie psichiatriche, sono stati validati dei test per la valutazione del dolore termico che permettono di quantificare oggettivamente l'alterazione di sensibilità al dolore.

Aver consapevolezza di queste modifiche permette al valutatore un'interpretazione notevolmente più accurata e conseguentemente un trattamento più efficace.

Garantire un efficace accertamento del dolore è uno degli obiettivi primari per la professione infermieristica; la gestione di questo problema è la ragione principale per il quale le persone cercano assistenza, oltre ad essere uno delle condizioni più comuni che gli infermieri trattano. Ciò risulta ancora più significativo se si pensa che la prevalenza di sintomatologie dolorose in ambito psichiatrico è maggiore che nel resto della popolazione.

Il dolore non è dimostrabile quindi quanto riferito dal paziente, sulla base della propria percezione è sempre da considerare vero, tuttavia è inevitabile che i clinici elaborino delle opinioni personali, ma queste però non devono influenzare l'appropriatezza dell'assistenza.

I professionisti sanitari non hanno il diritto di negare una valutazione e un trattamento appropriati semplicemente perché ritengono che una persona non sia sincera (37).

3.2 Limiti dello studio

La presente revisione della letteratura ha evidenziato la necessità di una adeguata valutazione del dolore come obiettivo primario per l'infermiere e tutti gli altri operatori sanitari componenti dell'equipe, questo per aumentare il benessere e la qualità di vita del paziente e ridurre i costi sanitari.

Sono stati individuati dei limiti nel corso dello sviluppo dello scritto di cui il più significativo è stata la scarsa reperibilità di letteratura recente (ultimi 5 anni). In particolare, si è reso necessario l'ampliamento del periodo di tempo considerato per lo studio (10 anni) soprattutto per gli articoli riguardanti le scale di valutazione del dolore in ambito psichiatrico. La mancanza di letteratura reperibile, inoltre, non ha permesso di rendere la valutazione del dolore specifica per ogni patologia psichiatrica, pertanto

sono stati considerati principalmente gli studi su: schizofrenia, disturbo bipolare, disturbo depressivo maggiore e disturbo di personalità Borderline.

La ricerca iniziale basata sulla formulazione delle stringhe di ricerca, inoltre, potrebbe aver escluso alcuni articoli possibilmente pertinenti all'argomento trattato.

3.3 Significatività dello studio per la professione infermieristica

Il presente elaborato può rappresentare una proposta concreta per suggerire validi strumenti e spunti di riflessione che mirino a promuovere interventi più consapevoli nell'ambito della valutazione del dolore nei pazienti diagnosticati con disturbi psichiatrici, grazie all'unione tra le conoscenze approvate e le nuove ricerche in questo campo in continua evoluzione.

Inoltre, vuole essere significativo in particolar modo per la professione infermieristica, in quanto rappresentanza di quei professionisti che maggiormente offrono supporto, assistenza e vicinanza al paziente negli interventi quotidiani. Il dolore fisico viene spesso sottovalutato nell'ambito della salute mentale e interpretato come esacerbazione di sintomi psichiatrici, pertanto il riconoscimento del sintomo, la valutazione del dolore e la corretta gestione risultano essere altamente impattanti nella qualità della vita del paziente. Attuare un piano terapeutico efficace, preceduto da una valutazione adeguata ed accurata, evita al paziente ricoveri superflui migliorando gli esiti del piano assistenziale.

3.4 Conclusione

In conclusione, questa revisione della letteratura è stata basata sull'analisi di alcuni concetti di rilevanza fondamentale per la definizione del dolore, con particolare attenzione alla prevalenza di questo fenomeno in ambito psichiatrico a livello mondiale e alla centralità della figura dell'infermiere nella valutazione di questa problematica. Sono state affrontate diverse variabili influenzanti l'accertamento e che ogni valutatore deve tenere in considerazione per assicurare un risultato attendibile durante questo intervento. La sensibilità e percezione del dolore per i pazienti con diagnosi di disturbi della salute mentale, in particolare, sono state esaminate fornendo la base per questa ricerca e dimostrando le alterazioni presenti in alcune patologie

psichiatriche, la consapevolezza delle quali permette di poter interpretare in modo specifico ciò che viene riferito dai pazienti al momento della valutazione.

Sono stati individuati alcuni tra gli strumenti utilizzabili in questo ambito ma la loro validità, tuttavia, rimane un'area da ricercare e approfondire con studi comprendenti popolazioni più estese.

Un rilevante argomento affrontato da molti studi recenti è la stigmatizzazione sociale, frequente in ambito di salute mentale. In questo elaborato è stato discusso l'impatto di questo concetto sulla qualità della vita dei pazienti, particolarmente in ambito clinico dove sono spesso riscontrati sentimenti d'ansia, fallimento e frustrazione rispetto alla presa in cura da professionisti sanitari quando condizionata da atteggiamenti discriminatori.

Relativamente a questo tema, la letteratura presa in considerazione ha riportato le esperienze di infermieri che si rapportano con questa tipologia di pazienti e che esprimono inadeguatezza, soprattutto causata dalla mancanza di informazione e formazione nell'ambito psichiatrico e, dalla complessità della formazione di un legame efficace di fiducia.

Come incoraggia l'International Association for the Study of Pain, tutti i corsi infermieristici devono utilizzare piani formativi che incorporino l'educazione e la formazione sul dolore (28), in quanto considerato quinto parametro vitale, senza dimenticare che un costante aggiornamento sulle ricerche 'evidence based' negli ambiti di cura di pertinenza permetterà agli infermieri stessi di operare nel modo più opportuno secondo approccio individualizzato, sistematico e documentato (60).

BIBLIOGRAFIA

1. Keira J.A. Johnston, Laura M. Huckins; Chronic Pain and Psychiatric Conditions. *Complex Psychiatry* 18 January 2023; 9 (1-4): 24-43. <https://doi.org/10.1159/000527041>
2. Rita Ventimiglia, Paola Arcadi; L'Advocacy nella Professione Infermieristica: un'Analisi Concettuale [internet]. *Rivista L'Infermiere* N° 5 – 2017. Disponibile al sito: <https://www.infermiereonline.org/2017/12/22/ladvocacy-nella-professione-infermieristica-unanalisi-concettuale/#:~:text=Introduzione%20L'advocacy%20rappresenta%20un,nella%20difesa%20dei%20propri%20diritti>.
3. Global Pain Index. 4th Edition. GSK. 2020. Disponibile al sito: <https://www.gsk.com/media/6351/2020-global-pain-index-report.pdf>.
4. Trivedi MH. The link between depression and physical symptoms. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2004;6(Suppl 1):12-6. PMID: 16001092; PMCID: PMC486942.
5. Abplanalp SJ, Mueser KT, Fulford D. The role of physical pain in global functioning of people with serious mental illness. *Schizophr Res*. 2020 Aug;222:423-428. doi: 10.1016/j.schres.2020.03.062. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32499163.
6. Velly AM, Mohit S. Epidemiology of pain and relation to psychiatric disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018 Dec 20;87(Pt B):159-167. doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.05.012. Epub 2017 May 15. PMID: 28522289.
7. Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, Rosenbaum S, Vancampfort D. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2015 Feb;131(2):75-88. doi: 10.1111/acps.12325. Epub 2014 Aug 6. PMID: 25098864.
8. Chen Dror, Yoram Braw, Hagai Maoz, Shlomo Mendlovic, Yelena Granovsky, Yuval Bloch, Uri Nitzan U. Pain perception and modulation profiles in patients suffering from unipolar and bipolar depression. *Journal of Affective Disorders Reports*, Volume 12, 2023. 100496, ISSN 2666-9153. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100496>.

9. Kim DJ, Mirmina J, Narine S, Wachtel J, Carbajal JM, Fox H, Cáceda R. Altered physical pain processing in different psychiatric conditions. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022 Feb;133:104510. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.12.033. Epub 2021 Dec 22. PMID: 34952034.
10. Vaughan, S., Failla, M. D., Poole, H. M., Forshaw, M. J., McGlone, F., Cascio, C. J., & Moore, D. J. (2019). Pain Processing in Psychiatric Conditions: A Systematic Review. *Review of General Psychology*, 23(3), 336–358. <https://doi.org/10.1177/1089268019842771>
11. Muneer A, Farooq A, Farooq JH, Qurashi MS, Kiani IA, Farooq JS. Frequency of Primary Headache Syndromes in Patients with a Major Depressive Disorder. *Cureus.* 2018 Jun 5;10(6):e2747. doi: 10.7759/cureus.2747. PMID: 30087823; PMCID: PMC6075647.
12. Kundermann B, Hemmeter-Spernal J, Strate P, Gebhardt S, Huber MT, Krieg JC, Lautenbacher S. Pain sensitivity in major depression and its relationship to central serotonergic function as reflected by the neuroendocrine response to clomipramine. *J Psychiatr Res.* 2009 Dec;43(16):1253-61. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.012. Epub 2009 May 20. PMID: 19467668.
13. Koenig, J., Thayer, J., & Kaess, M. (2016). A meta-analysis on pain sensitivity in self-injury. *Psychological Medicine*, 46(8), 1597-1612. doi:10.1017/S0033291716000301.
14. Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A, Baker S, Brohan E, El Chammay R, Davies K, Demissie M, Duncan J, Fekadu W, Gronholm PC, Guerrero Z, Gurung D, Habtamu K, Hanlon C, Heim E, Henderson C, Hijazi Z, Hoffman C, Hosny N, Huang FX, Kline S, Kohrt BA, Lempp H, Li J, London E, Ma N, Mak WWS, Makhmud A, Maulik PK, Milenova M, Morales Cano G, Ouali U, Parry S, Rangaswamy T, Rüsçh N, Sabri T, Sartorius N, Schulze M, Stuart H, Taylor Salisbury T, Vera San Juan N, Votruba N, Winkler P. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet.* 2022 Oct 22;400(10361):1438-1480. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01470-2. Epub 2022 Oct 9. PMID: 36223799.
15. Jeffrey Borenstein, M.D. Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness [internet]. American Psychiatric Association. August 2020.

Disponibile al sito: <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>.

16. Jane Tyerman , Autumn-Lee Patovirta & Ann Celestini (2021) How Stigma and Discrimination Influences Nursing Care of Persons Diagnosed with Mental Illness: A Systematic Review, *Issues in Mental Health Nursing*, 42:2, 153-163, DOI: 10.1080/01612840.2020.1789788
17. Tyrer S. Psychiatric assessment of chronic pain. *Br J Psychiatry*. 1992 Jun;160:733-41. doi: 10.1192/bjp.160.6.733. PMID: 1377581.
18. Failde, I., Dueñas, M., Agüera-Ortiz, L. et al. Factors associated with chronic pain in patients with bipolar depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 13, 112 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-112>
19. Suzuki T, Uchida H, Sakurai H, Ishizuki T, Tsunoda K, Takeuchi H, Mimura M. Relationships between global assessment of functioning and other rating scales in clinical trials for schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2015 Jun 30;227(2-3):265-9. doi: 10.1016/j.psychres.2015.02.024. Epub 2015 Apr 1. PMID: 25882098.
20. Tripoli G, Lo Duca S, Ferraro L, Zahid U, Mineo R, Seminerio F, Bruno A, Di Giorgio V, Maniaci G, Marrazzo G, Sartorio C, Scaglione A, La Barbera D, La Cascia C. Lifestyles and Quality of Life of People with Mental Illness During the COVID-19 Pandemic. *Community Ment Health J*. 2023 Feb 13:1–10. doi: 10.1007/s10597-023-01095-0. Epub ahead of print. PMID: 36781688; PMCID: PMC9925225.
21. Wilco P Achterberg, Marjoleine JC Pieper, Annelore H van Dalen-Kok, Margot WM de Waal, Bettina S Husebo, Stefan Lautenbacher, Miriam Kunz, Erik JA Scherder & Anne Corbett (2013) Pain management in patients with dementia, *Clinical Interventions in Aging*, 8:, 1471-1482, DOI: 10.2147/CIA.S36739
22. Francesco Bollorino, eds Fabio Canegalli e Mario Galzigna. Scale di valutazione di tipo globale [internet]. *Periodico mensile di informazione medico scientifica*. 7 giugno 1999. issn 1591-0598. Disponibile al sito: <http://www.psychiatryonline.it/node/3566>.
23. Fornaro M, De Berardis D, De Pasquale C, Indelicato L, Pollice R, Valchera A, Perna G, Iasevoli F, Tomasetti C, Martinotti G, Koshy AS, Fasmer OB, Oedegaard KJ. Prevalence and clinical features associated to bipolar disorder-migraine

- comorbidity: a systematic review. *Compr Psychiatry*. 2015 Jan;56:1-16. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.09.020. Epub 2014 Sep 28. PMID: 25306379.
24. Fossi L, Faravelli C, Paoli M. The ethological approach to the assessment of depressive disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1984 Jun;172(6):332-41. doi: 10.1097/00005053-198406000-00004. PMID: 6544805.
25. Jollant F, Voegeli G, Kordsmeier NC, Carbajal JM, Richard-Devantoy S, Turecki G, Cáceda R. A visual analog scale to measure psychological and physical pain: A preliminary validation of the PPP-VAS in two independent samples of depressed patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019 Mar 2;90:55-61. doi: 10.1016/j.pnpbp.2018.10.018. Epub 2018 Nov 1. PMID: 30391308; PMCID: PMC6463884.
26. Eckhoff Daniel, Sandor Christian, Cheing Gladys L. Y., Schnupp Jan, Cassinelli Alvaro. Thermal pain and detection threshold modulation in augmented reality. *Frontiers in Virtual Reality*. VOLUME=3. 2022. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/frvir.2022.952637>. DOI=10.3389/frvir.2022.952637. ISSN=2673-4192
27. Ventura CAA, Austin W, Carrara BS, de Brito ES. Nursing care in mental health: Human rights and ethical issues. *Nurs Ethics*. 2021 Jun;28(4):463-480. doi: 10.1177/0969733020952102. Epub 2020 Oct 28. PMID: 33111635.
28. Alison Twycross (chair), Robyn Quinn, Marit Leegaard, Marina Salvetti, Deb Gordon, Natasha Ascott, UK; Erica Brandão de Maraes, Brazil; Keela Herr, USA; Geana Kurita, Brazil; Tone Marte Ljosaa, Norway; Cibele Pimenta, Brazil; Judith Paice, USA; Meriel Swan, UK; Amelia Swift, UK; Karen Torvik, Norway; Berit T. Valeberg, Norway; Heather Young, USA. IASP Curriculum Outline on Pain for Nursing. [internet]. Disponibile al sito: <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-curriculum-outline-on-pain-for-nursing/>.
29. Marazziti, D., Mungai, F., Vivarelli, L. et al. Pain and psychiatry: a critical analysis and pharmacological review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2, 31 (2006). <https://doi.org/10.1186/1745-0179-2-31>
30. Matteo Caleo. Le vie del dolore. *Dizionario di Medicina* [internet]. 2010. Enciclopedia Treccani. Disponibile all'indirizzo:

https://www.treccani.it/enciclopedia/dolore_res-bff65897-907d-11e1-9b2f-d5ce3506d72e_%28Dizionario-di-Medicina%29/

31. Carrasco-Picazo JP, González-Teruel A, Gálvez-Llompарт AM, Carbonell-Asins JA, Hernández-Viadel M. Pain sensitivity in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Actas Esp Psiquiatr.* 2023 Jan;51(1):29-40. Epub 2023 Jan 1. PMID: 36912392; PMCID: PMC10278578.
32. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc.* 2016 Jul;91(7):955-70. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.04.029. Epub 2016 Jun 22. PMID: 27344405.
33. Schmahl C, Meinzer M, Zeuch A, Fichter M, Cebulla M, Kleindienst N, Ludäscher P, Steil R, Bohus M. Pain sensitivity is reduced in borderline personality disorder, but not in posttraumatic stress disorder and bulimia nervosa. *World J Biol Psychiatry.* 2010 Mar;11(2 Pt 2):364-71. doi: 10.3109/15622970701849952. PMID: 20218798.
34. Carrara BS, Fernandes RHH, Bobbili SJ, Ventura CAA. Health care providers and people with mental illness: An integrative review on anti-stigma interventions. *International Journal of Social Psychiatry.* 2021;67(7):840-853. doi:10.1177/0020764020985891
35. Codice Deontologico Professioni Infermieristiche [internet]. 2019. FNOPI. Disponibile all'indirizzo: https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf
36. Luciano Conti. Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria [internet]. SEE Editore. Firenze. 2000. Disponibile al sito: <http://www.psychiatryonline.it/scale-di-valutazione>.
37. Janice I. Hinkle Kerry H. Cheever. Brunner Suddarth, Infermieristica Medico-chirurgica. Quinta edizione. Casa Editrice Ambrosiana. Distribuzione esclusiva Zanichelli. 2017.
38. Ignazia Lo Burgio, Roberta Rapetti, Fabio Bertoncini, Stefania Di Berardino, Letizia Tesei. IL DOLORE CRONICO: PRINCIPALI EVIDENZE SCIENTIFICHE [internet]. Rivista L'Infermiere N° 3 - 2017. Disponibile al sito:

<https://www.infermiereonline.org/2017/08/09/il-dolore-cronico-principali-evidenze-scientifiche/>.

ALLEGATI

Allegato 1 - Tabella sinottica degli articoli utilizzati nella tesi

Autore/Anno/Rivista	Tipo di Studio	Obiettivo	Campione	Interventi Oggetto dello Studio	Risultati Principali
B Stubbs et al., 2014 The Acta Psychiatrica Scandinavica	Revisione sistematica e meta-analisi degli effetti casuali.	Condurre una meta-analisi che indaghi la prevalenza del dolore nelle persone con disturbo bipolare (BD).	Sono stati inclusi articoli che riportavano dati quantitativi sulla prevalenza del dolore nelle persone con BD con o senza un gruppo di controllo sano.	Indagare la prevalenza del dolore nelle persone con disturbo bipolare.	La prevalenza del dolore nelle persone con BD è stata del 28,9% (IC 95% = 16,4-43,4%, BD n = 171.352). Il rischio relativo (RR) di dolore nella BD rispetto ai controlli è stato di 2,14 (IC 95% = 1,67-2,75%, n = 12.342.577). La prevalenza dell'emicrania è stata del 14,2% (IC 95% = 10,6-18,3%, BD n = 127.905) e il RR è stato di 3,30 (IC 95% = 2,27-4,80%, n = 6.732.220). Circa il 23,7% (IC 95% = 13,1-36,3%, n = 106.214) delle persone con BD ha sperimentato dolore cronico.
Ather Muneer et al., 2018 Cureus Journal of Medical Science	Studio trasversale descrittivo	Valutare la frequenza complessiva dei mal di testa primari in soggetti con un disturbo depressivo maggiore da moderato a grave e determinare la frequenza dei sottotipi di cefalea primaria in questa popolazione.	Sono stati inclusi i pazienti con Disturbo Depressivo Maggiore (MDD) nella fascia di età 18-60 anni e con disturbo da moderato a grave.	Conoscere la frequenza dei disturbi primari del mal di testa nei pazienti con MDD al fine di determinare la correlazione fra questi fattori per chiarire eventuali fattori di rischio legati a questa associazione.	Dei 110 pazienti MDD studiati, un mal di testa primario era presente in 45 (40,90%) casi. Inoltre, cinque di questi pazienti avevano un'emicrania con aura (11,11%), 12 avevano una 'emicrania senza aura (26,66%), e 28 avevano un mal di testa di tipo tensionato (62,22%). Nelle femmine, l'emicrania con o senza aura era frequente (35,29%), mentre un mal di testa di tipo tensionato era più comune nei maschi (72,72%).

<p>Keira J.A. Johnston et al., 2022 Review of General Psychology</p>	<p>Revisione della Letteratura</p>	<p>Fornire una panoramica delle relazioni tra le diagnosi psichiatriche e il dolore cronico, e discutere i meccanismi possibili che guidano la comorbidità e le nuove scoperte sulla influenza genetica.</p>	<p>Articoli che trattano della relazione del dolore cronico con patologie psichiatriche quali: ADHD, BPD, PTSD. Età campione non specificata.</p>	<p>Conoscere i processi coinvolti nella presenza di sintomi psichiatrici e nel dolore cronico per portare nuove strategie di trattamento per ogni tipo di disturbo in scenari di comorbidità.</p>	<p>L'ADHD è stato notato come fattore di rischio nella diagnosi di BPD più tardi nella vita, e si stima che il 18-34% degli adulti con ADHD abbia la BPD in concomitanza. Anche BPD e PTSD sono comunemente presenti entrambe le patologie, con fino al 70% degli individui.</p>
<p>Diane J. Kim et al., 2022 Neuroscience & Biobehavioral Reviews</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Lo scopo è evidenziare e discutere i risultati riguardanti la sensibilità al dolore sperimentale in pazienti con condizioni psichiatriche, tra cui disturbo depressivo maggiore (MDD), disturbo bipolare, disturbo da stress post-traumatico (PTSD), disturbo d'ansia generalizzato, (GAD), disturbo di panico disturbo ossessivo compulsivo (DOC) e schizofrenia.</p>	<p>Sono state eseguite ricerche elettroniche per identificare studi che confrontano il dolore sperimentale in pazienti con queste condizioni e controlli.</p>	<p>Conoscere la sensibilità al dolore sperimentale in pazienti con condizioni MDD, disturbo bipolare, disturbo da stress post-traumatico, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo di panico disturbo ossessivo compulsivo e schizofrenia.</p>	<p>Sono state incluse 84 pubblicazioni che soddisfano i criteri di ammissibilità. In 31 studi sulla depressione, è stata notata una ridotta soglia del dolore ad eccezione degli stimoli ischemici, dove è stata osservata una maggiore tolleranza al dolore e un'elevata sensibilità al dolore ischemico. Un modello più pervasivo di bassa sensibilità al dolore è stato trovato in 20 studi sulla schizofrenia. La maggior parte degli studi sul PTSD (n = 20) non ha mostrato differenze significative rispetto ai controlli. Il numero limitato di studi sul disturbo bipolare (n = 4) e sull'ansia (n = 9) ha impedito l'identificazione di tendenze chiare.</p>

<p>Carrasco-Picazo Juan P et al., 2023 Actas espanolas de Psiquiatria.</p>	<p>Revisione sistematica e meta-analisi</p>	<p>Effettuare una revisione che permetta di conoscere le più recenti prove scientifiche sulla tolleranza al dolore nei pazienti con schizofrenia rispetto alle persone sane o con un altro disturbo mentale.</p>	<p>Qualsiasi tipo di studio sperimentale che valuta la risposta al dolore in soggetti con schizofrenia rispetto al gruppo di controllo. I partecipanti sono superiori ai 16 anni con diagnosi di schizofrenia secondo i criteri DSM o ICD.</p>	<p>Conoscere la tolleranza al dolore nei pazienti con schizofrenia rispetto alle persone sane o con un altro disturbo mentale, secondo gli studi più recenti.</p>	<p>Nella meta-analisi, non sono state osservate differenze significative nell'analisi generale. Quando il tipo di stimolo è stato studiato separatamente (meccanico, termico o elettrico), differenze significative a favore di una maggiore sensibilità nei pazienti con schizofrenia sono state osservate negli studi che misuravano il dolore con pressione meccanica o ischemia, non in quelli che utilizzavano metodi termici o elettrici. Il risultato dell'utilizzo dei dati aggregati dei 9 studi non mostra alcuna evidenza di differenze nella percezione dell'intensità del dolore tra le persone con schizofrenia e i controlli sani.</p>
<p>Inmaculada Failde et al., 2013 BMC</p>	<p>Studio multicentrico e trasversale</p>	<p>Valutare la prevalenza e le caratteristiche del dolore vissute dai pazienti depressi bipolari trattati da psichiatri nella loro normale pratica clinica e identificare possibili fattori associati alla presenza di dolore in questi pazienti con disturbo di depressione bipolare.</p>	<p>Sono stati inclusi pazienti di età superiore ai 18 anni presi in cura dal loro psichiatra per la prima volta e a cui è stata diagnosticata la depressione secondo i criteri del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision.</p>	<p>Conoscere la prevalenza e caratteristiche del dolore tra i pazienti con depressione bipolare trattati dagli psichiatri e identificare i fattori associati alla manifestazione del dolore in questi pazienti.</p>	<p>La prevalenza del dolore nei pazienti con BD è stata del 51,2% (IC 95%: 41,9%, 60,6%). C'è prevalenza più alta nella popolazione femminile (66,1% vs 33,9%, $\chi^2=0,856$, $p=0,355$), e nei pazienti tra i 40 e i 59 anni (62% vs. 38,1%, $\chi^2=5,267$, $p=0,261$). La durata media del dolore era di 68,9 mesi (mediana, 23 mesi; P25=6,0; P75=90,6), l'intensità media sul VAS era 67,5 (SD 19,4) e la posizione più comune del dolore era nella schiena (74,2%), mentre in media il dolore si trovava in 3,44 siti (SD 1,5).</p>

<p>J. Koenig et al., 2016 Cambridge University Press</p>	<p>Ricerca sistematica della letteratura</p>	<p>Riassumere le attuali prove sulla sensibilità al dolore negli individui impegnati in SIB e a identificare le covarianti dell'elaborazione alterata del dolore.</p>	<p>Gli studi sono stati inclusi se hanno riportato un'indagine empirica, in esseri umani, incluso un campione di individui impegnati in SIB e un gruppo di controlli sani, ricevendo stimoli dolorosi.</p>	<p>Conoscere le prove esistenti e quantificare le differenze nella sensibilità al dolore indotto sperimentalmente negli individui che si impegnano in SIB rispetto ai controlli sani.</p>	<p>Sono stati rilevati effetti principali significativi associati a dimensioni di effetto medio-grandi per tutti i risultati inclusi. Gli individui che si impegnano in SIB mostrano una maggiore soglia di dolore e tolleranza e riportano meno intensità del dolore rispetto ai controlli sani. L'eziologia clinica e l'età sono covarianti significative della sensibilità al dolore negli individui che si impegnano in SIB, in modo tale che la soglia del dolore è ulteriormente aumentata nel disturbo borderline di personalità rispetto all'autolesionismo non suicida. L'analisi su sottogruppi/confronti aggregati (k aggregati = 21) per studio comprendeva un totale di 995 partecipanti (controlli n = 497).</p>
<p>Fabrice Jollant et al., 2019 Progress in Neuro- Psychopharmacology & Biological Psychiatry</p>	<p>Convalida preliminare</p>	<p>Convalidare a livello preliminare una semplice scala analogica visiva che misura congiuntamente il dolore psicologico e fisico.</p>	<p>I partecipanti maschi e femmine di età compresa tra 18 e 55 anni sono stati reclutati come parte di uno studio clinico e di neuroimaging sul comportamento suicidario.</p>	<p>Validare la scala PPP-VAS per la valutazione del dolore psicogeno e fisico.</p>	<p>Tutti i punteggi della dimensione PPP- VAS erano significativamente più alti nei pazienti rispetto ai soggetti sani, suggerendo che il PPP-VAS è in grado di discriminare questi due gruppi. Questi risultati dichiarano che i partecipanti sono in grado di distinguere il dolore fisico da quello psicologico nonostante non siano state fornite definizioni esplicite. Le correlazioni erano più alte tra dolore psicologico e depressione / disperazione rispetto all'ansia.</p>

<p>Sarah Vaughan et al., 2019 Review of General Psychology</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Esaminare la ricerca sulle esperienze di dolore (percezione alterata) di questi gruppi (autismo, disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), schizofrenia, disturbo di personalità e disturbi alimentari) e la misura in cui è presente la-tipicità.</p>	<p>Gli studi erano ammissibili per l'inclusione se: erano esplicitamente sperimentali, se utilizzavano la valutazione del dolore psicofisicamente appropriata o della sensibilità al tatto, e, se includevano sia i gruppi clinici che quelli di controllo o confrontavano adeguatamente i valori dei dati clinici con le norme pubblicate. Non sono state imposte restrizioni sulla data di pubblicazione o restrizioni sullo stato di pubblicazione.</p>	<p>La caratterizzazione dell'elaborazione del dolore delle alterazioni biologiche legate alle condizioni psichiatriche.</p>	<p><u>Autismo</u>: Possibilità che le anomalie sensoriali menzionate dal DSM possano essere quantificate, ma sono necessarie ulteriori indagini. <u>ADHD</u>: gli individui a cui non è stato somministrato il Ritalin hanno espresso latenze più brevi al dolore freddo, fornendo prove psicofisiche di ipersensibilità rispetto ai controlli sani. <u>Schizofrenia</u>: Risultati della tendenza del dolore termico con calore verso l'ipersensibilità, che è provvisoriamente supportata da quelli della sensazione termica calda. Questi risultati non si rispecchiano negli stimoli di pressione, dove viene riportata ipersensibilità, né nell'elettrocutaneo dove i risultati sono inconcludenti. <u>BPD</u>: i risultati sia per la sensazione che per il dolore tendono all'ipersensibilità negli individui con BPD. Le prove suggeriscono che la sensibilità al dolore è alterata dall'induzione dell'umore nel BPD. <u>Disturbi dell'alimentazione</u>: i risultati per il dolore termico, gli stimoli tattili, il rilevamento della pressione e il dolore suggeriscono che gli individui con disturbi alimentari sperimentano ipersensibilità, che può essere specifica per le fasi acute.</p>
--	------------------------------	--	--	---	--

<p>Jane Tyerman 2020 Issues in Mental Health Nursing</p>	<p>Revisione sistematica qualitativa</p>	<p>Esplorare lo stigma percepito e la discriminazione vissuti da individui che cercano assistenza per problemi di salute fisica o mentale. In particolare, ha cercato di scoprire il livello di stigma percepito e discriminazione sperimentato dai malati di mente che cercano assistenza per problemi di salute fisica o mentale.</p>	<p>Studi e articoli che considerano le persone con malattie mentali che cercano aiuto per condizioni mentali o fisiche in ambiente ospedaliero tranne che all'interno dei reparti di salute mentale. Ricerca in cui il fenomeno di interesse ha esaminato come lo stigma e la discriminazione influenzi la percezione dell'assistenza infermieristica ricevuta dal paziente malato di mente e la percezione degli infermieri che forniscono assistenza.</p>	<p>Conoscere e attirare l'attenzione sullo stigma e la discriminazione affrontati dai pazienti che ricevono cure mentre si presentano con una malattia mentale. Inoltre, scoprire il livello di stigma e discriminazione percepiti vissuti dai pazienti malati di uomini che cercano assistenza per problemi di salute fisica o mentale, ed esplorare come lo stigma e la discriminazione per quanto riguarda la malattia mentale modellano le percezioni degli infermieri e, in definitiva, l'assistenza che forniscono a questa popolazione vulnerabile.</p>	<p>Anche i pazienti con malattia mentale hanno sperimentato una mancanza di autodeterminazione e autocensura. Gli infermieri hanno atteggiamenti negativi quando si prendono cura di persone con malattie mentali. In particolare, gli infermieri hanno un atteggiamento di futilità, dove spesso è presente un sentimento di "qual è il punto?". Inoltre, gli infermieri hanno ritenuto difficile costruire un rapporto con i pazienti che presentano una malattia mentale, dando un impatto negativo sulla relazione infermiere- cliente. Infine, lo stigma istituzionale ha creato barriere all'assistenza efficace per le persone con malattie maschili. Gli infermieri hanno sperimentato la mancanza di strutture adeguate per fornire cure efficaci, la mancanza di coordinamento tra i servizi e la mancanza di supporto da parte dei colleghi e della direzione. L'esperienza più comune in tutti gli studi che hanno esaminato la prospettiva dell'infermiera è stata la mancanza di istruzione da parte dell'organizzazione sanitaria o del curriculum infermieristico come studente infermiere.</p>
--	--	---	---	--	---

