

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di Medicina*

**Corso di Laurea in Infermieristica**

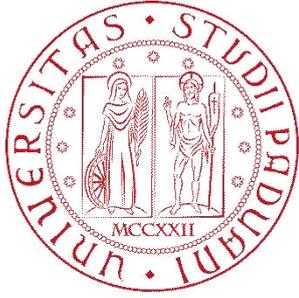
**PECULIARITÀ DELLA RELAZIONE  
TERAPEUTICA TRA INFERMIERE E PAZIENTE  
IN PSICHIATRIA**

Relatore: Dott.ssa Manna Tiziana

Laureando: Crivellaro Erik  
Matricola: 1231234

Anno Accademico 2022-2023





**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di Medicina*

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**PECULIARITÀ DELLA RELAZIONE  
TERAPEUTICA TRA INFERMIERE E PAZIENTE IN  
PSICHIATRIA**

Relatore: Dott.ssa Manna Tiziana

Laureando: Crivellaro Erik  
Matricola: 1231234

Anno Accademico 2022-2023



## ABSTRACT

### INTRODUZIONE

La relazione tra infermiere e paziente in psichiatria ha subito mutamenti dovuti a un cambiamento della visione della malattia mentale e alla evoluzione della figura dell'infermiere. Tale relazione rappresenta un ottimo strumento di lavoro e, per attuarla in maniera efficace, sono richieste buone conoscenze e competenze professionali, organizzative/manageriali e relazionali.

Lo scopo di questa tesi è quello di identificare gli aspetti chiave che caratterizzano la relazione terapeutica tra infermiere e paziente psichiatrico.

### MATERIALI E METODI

È stata svolta una revisione della letteratura tramite la consultazione di articoli scientifici su PubMed, libri e riviste.

### PAROLE CHIAVE

Nursing research, psychiatric nurse, psychiatric patient, patient-nurse relationship, mental health.

### RISULTATI

La percezione della malattia mentale ha subito notevoli cambiamenti nel corso dei secoli; parallelamente la professione infermieristica ha ottenuto maggiore rilevanza e riconoscimento, anche nell'ambito psichiatrico.

I termini che meglio definiscono la professione infermieristica sono: impegno e competenza, passione e formazione continua e cura della relazione. Tali caratteristiche vengono messe in pratica anche nei diversi contesti che compongono il dipartimento di salute mentale (DSM). In essi l'infermiere deve sapere quali sono le sue funzioni e applicare conoscenze e competenze, professionali, organizzative/manageriali e relazionali, che gli consentano di instaurare una relazione terapeutica autentica, all'insegna dell'autoconsapevolezza, dell'autocoscienza, dell'empatia e della consapevolezza dei confini e dei limiti del proprio ruolo.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Dopo aver analizzato il materiale raccolto si è compreso che la relazione tra infermiere e paziente psichiatrico dipende da molteplici aspetti e varia in base alle conoscenze, competenze e caratteristiche personologiche che possiede l'infermiere. Tuttavia, esistono altri fattori che la possono influenzare ed è responsabilità del professionista sanitario far fronte alla complessità delle varie situazioni in cui è coinvolto tramite una sua formazione continua, utile ad arginare eventuali complicanze e a rispondere alle necessità di ogni paziente.

## INDICE

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1. EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE .....	5
Capitolo 1.1 Salute mentale e malattia mentale nella storia.....	5
Capitolo 1.2 Il cambiamento della professione infermieristica in salute mentale....	7
CAPITOLO 2. LA FIGURA DELL'INFERMIERE E IL SUO RUOLO NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE .....	9
Capitolo 2.1 – Il processo di nursing e accertamento infermieristico in salute mentale .....	12
Capitolo 2.2 Le funzioni dell'infermiere in S.P.D.C.....	15
Capitolo 2.3 Conoscenze e competenze dell'infermiere in salute mentale .....	15
CAPITOLO 3. LA RELAZIONE TERAPEUTICA TRA INFERMIERE E PAZIENTE NELL'AMBITO DELLA SALUTE MENTALE.....	19
Capitolo 3.1. – Aspetti di interazione tra infermiere e paziente.....	22
Capitolo 3.2. – Complicanze nella relazione terapeutica .....	23
CAPITOLO 4 – MATERIALI E METODI.....	27
CAPITOLO 5 - RISULTATI DELLA RICERCA.....	29
CONCLUSIONE .....	33
LEGISLAZIONE	
BIBLIOGRAFIA	
SITOGRAFIA	



## INTRODUZIONE

L'idea di redigere una tesi su questo argomento è nata ascoltando e approfondendo le lezioni di infermieristica clinica in salute mentale, idea consolidata poi tramite l'esperienza di tirocinio nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

Durante il mio percorso formativo ho potuto comprendere quanto sia importante la figura dell'infermiere: è uno dei professionisti maggiormente a contatto con l'assistito e senza di esso l'assistenza fornita si dimezzerebbe.

Il fulcro della professione infermieristica è rappresentato dalla relazione terapeutica, ossia un'interazione che si verifica tra due persone, infermiere e paziente (quest'ultimo in situazione di difficoltà), che tramite uno scambio reciproco di informazioni ed emozioni, può portare alla risoluzione del problema. L'instaurazione di un rapporto efficace è un'attività che può risultare a tratti complessa ma questo dipende dalla tipologia del paziente e dalle caratteristiche personologiche dell'infermiere.

Con questo elaborato voglio evidenziare gli aspetti cardine che caratterizzano la relazione terapeutica tra infermiere e paziente in psichiatria partendo dai cambiamenti che hanno interessato la salute mentale nel corso degli anni e dall'evoluzione dell'assistenza infermieristica in tale ambito.

Attraverso il processo di nursing e di accertamento infermieristico l'infermiere può individuare i bisogni assistenziali del paziente e avviare con lui un'interazione proficua, tenendo sempre a mente le sue funzioni e applicando conoscenze e competenze che si consolideranno grazie all'esperienza e alla formazione continua.

La relazione tra infermiere e paziente psichiatrico si sviluppa attraverso le fasi di orientamento, in cui l'infermiere ascolta l'assistito e ne riconosce i bisogni; questi ultimi, nella fase d'identificazione risultano chiari al paziente, che tramite l'utilizzo di risorse a lui fornite riuscirà a soddisfarli e a raggiungere gli obiettivi previsti (fasi di utilizzazione e risoluzione).

L'applicazione di tecniche e abilità comunicative e relazionali consente all'infermiere di procedere nelle suddette fasi, avendo però la consapevolezza che ogni situazione è unica e che possono manifestarsi molte difficoltà, ad esempio l'atteggiamento

aggressivo del paziente, che potrebbe ostacolare l'instaurarsi di una relazione autentica.

## CAPITOLO 1. EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE



Figura 1 – Adattata da OPI Vercelli

### Capitolo 1.1 Salute mentale e malattia mentale nella storia

Le concezioni di salute mentale e di malattia mentale nel corso del tempo hanno subito diversi cambiamenti; prima di spiegarli è opportuno definire che cosa s'intende per salute mentale e malattia mentale.

La salute mentale, secondo il Ministero della Salute, viene definita come parte integrante della salute e del benessere, e può essere influenzata dalla capacità di gestione delle nostre emozioni, da fattori culturali, economici, ambientali e politici. La malattia mentale, invece, secondo il DSM-5, viene definita come una “sindrome caratterizzata da significativi problemi nel pensiero, nella regolazione delle emozioni, o nel comportamento di una persona, che riflettono una disfunzione dei processi psicologici, biologici o dello sviluppo che compongono il funzionamento mentale”.

La percezione delle persone riguardo la malattia mentale è cambiata notevolmente: nelle civiltà antiche si pensava che la malattia mentale fosse dovuta a un segno divino, gli individui venivano curati tramite riti magico-religiosi e, dato il suddetto collegamento divino, tali soggetti venivano scelti per ricoprire incarichi importanti. Nella cultura greco-romana si diffonde l'idea che la malattia mentale sia dovuta a un

fenomeno naturalistico; la cura avviene tramite l'utilizzo di piante officinali e si estingue l'idea che la malattia mentale sia un segno divino. Nel Medioevo, con la caduta dei grandi imperi, si verifica una frammentazione della società, che porta alla nascita di diverse scuole di pensiero riguardo il tema della malattia mentale; alcune ritenevano che essa fosse dovuta a una alterazione dell'equilibrio degli umori, e la persona veniva trattata in maniera umana e curata tramite l'utilizzo di erbe; altre sostenevano che la malattia mentale fosse dovuta a una crisi emotiva e la cura avveniva tramite l'interazione; altre ancora pensavano che la malattia mentale dipendesse dagli astri. Infine, alcune ipotizzavano che fosse dovuta a una offesa commessa nei confronti di Dio; quest'ultima era la scuola di pensiero più frequente, che prevedeva una cura tramite il dolore e la sofferenza, realizzata in strutture della chiesa, come i monasteri. Quando terminò il Medioevo, periodo caratterizzato da epidemie e carestie, la persona che presentava una malattia mentale non veniva più considerata parte della società e, nei peggiori casi, veniva destinata al rogo.

Con l'avvento della rivoluzione industriale, molte persone si trasferirono dalla periferia al centro città; questo comportò anche l'aumento di individui che non erano in condizioni socio-economiche stabili e così si crearono problemi di ordine pubblico e di carattere sociale; per evitare tale situazione, vennero fondati i primi istituti in cui rinchiodare tali soggetti, tra cui i malati mentali.

Con la nascita dell'Illuminismo si sviluppa l'idea che la malattia mentale sia dovuta a un problema biologico, che si deve monitorare e trattare; in questo periodo si chiudono gli istituti e nascono i manicomi, strutture apposite per la gestione dei malati mentali. In Italia vennero istituiti nel 1904, tramite la legge Manicomiale o legge n°36 del 1904, che stabiliva che il ricovero era coatto cioè obbligatorio, come atto di pubblica sicurezza; veniva deciso dall'autorità giudiziaria, la persona veniva interdetta cioè privata dei diritti civili e veniva iscritta nel casellario giudiziario.

Il XX secolo è un periodo caratterizzato da importanti innovazioni nel campo della salute mentale: infatti, nel 1968 si verifica il passaggio dai manicomi agli ospedali psichiatrici, passaggio reso possibile grazie alla legge Mariotti o legge n°431 del 1968, la quale ha definito l'abrogazione dell'iscrizione nel casellario giudiziario, l'introduzione della figura dello psicologo e dei centri d'igiene mentale, nonché ha reso possibile che i ricoveri fossero volontari.

Altra data importante è quella del 1978, anno in cui, sempre in Italia, si verifica la chiusura degli ospedali psichiatrici e l'istituzione di una struttura dipartimentale, tuttora presente, che offre diverse tipologie di prestazioni di carattere preventivo, curativo e riabilitativo per le persone che presentano una malattia mentale. In quell'occasione venne definito che il ricovero obbligatorio dovesse avvenire solo quando la persona presentava un disturbo psichico e aveva bisogno di cure, non realizzabili a livello ambulatoriale, che però non accettava. Tutto questo è stato possibile grazie alla legge Basaglia o legge n°180 del 1978, tuttora in vigore.

Nei tempi odierni la persona che presenta una malattia mentale viene definita come colei che adotta dei comportamenti non consoni, ma è parte integrante della società; questa definizione è ampiamente diffusa tra la popolazione, che però, anche se in minima parte, presenta ancora atteggiamenti e percezioni negative riguardo il malato mentale e chi opera nell'ambito psichiatrico.

## **Capitolo 1.2 Il cambiamento della professione infermieristica in salute mentale**

La figura dell'infermiere in psichiatria è stata riconosciuta quando Linda Richards, nel 1882, aprì una scuola infermieristica orientata all'ambito psichiatrico. Nonostante ci siano stati pareri negativi rispetto a tale azione di cambiamento, nel 1920 l'assistenza psichiatrica divenne una materia di studio in diverse università degli Stati Uniti e nel 1946 venne promulgata una legge nazionale sulla salute mentale, che diede maggiori possibilità a chi voleva accedere a questo ambito di studio e di lavoro.

Contemporaneamente in Italia, il R.D n°615 del 1909 (attuazione della legge n°36 del 1904) stabilì che la funzione dell'infermiere all'interno dei manicomi fosse incentrata sulla custodia invece che sulla cura e deliberò i requisiti per accedere a tale professione, ovvero saper leggere e scrivere, essere in buona salute, avere una buona condotta civile e morale, abitare nelle vicinanze del manicomio e avere almeno 21 anni se maschi e 18 anni se femmine. Questo decreto attribuì agli infermieri la funzione di sorveglianza e ciò comportava che essi fossero responsabili anche delle azioni che compivano i malati mentali all'interno del manicomio; inoltre, diede la possibilità di utilizzare mezzi di contenzione nei confronti dei pazienti, nei casi di pericolo o tramite la prescrizione medica. Il personale infermieristico per essere

assunto doveva frequentare un corso di formazione, al termine del quale era previsto il superamento di un esame; la finalità di questo corso era quella di acquisire delle conoscenze teoriche e pratiche riguardo l'ambito psichiatrico. Una delle attività infermieristiche più frequenti era quella di bloccare il paziente pericoloso, azione che richiedeva un requisito, poi non più necessario, che era l'altezza. L'infermiere che operava in questo ambito non era ben tutelato, basti pensare che dal punto di vista lavorativo, per essere stabile, doveva attendere un periodo di prova di due anni.

Il passaggio da manicomi a ospedali psichiatrici non fu semplice, poiché gli infermieri erano divisi tra due correnti: c'era chi voleva mantenere il ruolo di custode e c'era chi voleva abbandonarlo per acquisire nuove funzioni. Alla fine, si decise di mantenere la funzione di custodia.

L'infermiere che lavorava all'interno degli ospedali psichiatrici non possedeva una funzione specifica. Solo nel 1974 con l'avvento del mansionario, che rimase in vigore fino al 1999, vennero definite le funzioni di tale figura professionale.

Nel 1980 avvenne la riqualificazione del personale infermieristico, e gli infermieri psichiatrici vennero equiparati ai colleghi; la loro attività era mirata a mantenere la dignità del paziente e ad instaurare una relazione efficace con esso.

Ad oggi l'infermiere possiede maggiori conoscenze e competenze rispetto il passato, e per operare in tale ambito è necessario conseguire una laurea in infermieristica.

## CAPITOLO 2. LA FIGURA DELL'INFERMIERE E IL SUO RUOLO NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE



Figura 2 - Tratta da FNOPI

“L’infermiere viene definito come colui che rappresenta il talento dell’arte e della scienza in evoluzione”: tale slogan è stato ideato dalla FNOPI in occasione della Giornata internazionale dell’infermiere, che si celebra il 12 maggio di ogni anno, data di nascita della fondatrice delle scienze infermieristiche moderne, ovvero Florence Nightingale. Lo scopo di questa ricorrenza è quello di far conoscere il mondo infermieristico alle persone, per mettere in risalto anche quali sono le caratteristiche che meglio definiscono questa professione, ovvero:

- impegno e competenza
- passione e formazione continua
- cura della relazione

Il campo di azione dell’infermiere, secondo quanto stabilito dalla legge n° 42 del 1999 *Disposizioni in materia di Professioni Sanitarie* dipende:

- dal profilo professionale
- dai percorsi di formazione
- dal codice deontologico

Il profilo professionale dell'infermiere venne delineato nel decreto n° 739 del 1994 *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere* e definisce tutt'oggi la figura e le caratteristiche di questa professione. Secondo quanto riportato in questo decreto, l'infermiere è il responsabile dell'assistenza infermieristica generale e le sue principali funzioni sono la prevenzione delle patologie, l'assistenza ai malati e ai disabili, senza distinzioni di età, e l'attuazione di interventi di educazione sanitaria. L'assistenza che tale figura fornisce può essere preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa. Gli interventi che attua variano in base alla tipologia di paziente e possono essere di natura tecnica, educativa e relazionale.

Per quanto riguarda l'ambito della formazione, ad oggi per esercitare la professione infermieristica bisogna seguire un percorso universitario triennale, al termine del quale si acquisisce la Laurea in infermieristica e si sostiene un Esame di Stato, abilitante all'esercizio professionale. Al conseguimento della Laurea triennale, il professionista sanitario può continuare il suo percorso formativo, frequentando un master di 1° livello, che permette di ottenere una specializzazione in uno specifico ambito o proseguendo con la Laurea magistrale in scienze infermieristiche, al cui termine può frequentare un master di 2° livello o ottenere un dottorato di ricerca.

Infine, il codice deontologico dell'infermiere è un insieme di regole che disciplina i comportamenti della professione; il più recente risale al 2019 ed è costituito da 53 articoli, suddivisi nei seguenti temi, riguardanti:

- principi e valori professionali;
- responsabilità assistenziale;
- rapporti professionali;
- rapporti con le persone assistite;
- comunicazione;
- organizzazione;
- libera professione;
- disposizioni finali.

Il dipartimento di salute mentale (DSM), come detto nel capitolo precedente, venne istituito grazie alla legge Basaglia e, secondo quanto riportato dal Ministero della Salute, viene definito come “l’insieme di strutture e servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all’assistenza e alla tutela della salute mentale nell’ambito del territorio definito dall’Azienda sanitaria locale”. Esso è composto:

- dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
- dal Centro di Salute Mentale (CSM)
- da strutture intermedie

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è una struttura di degenza in ambiente ospedaliero, la tipologia di pazienti è acuta, in regime di ricovero volontario o obbligatorio, può avere fino a 16 posti letto ed esegue attività di consulenza presso altri servizi ospedalieri.

Il Centro di salute mentale (CSM) è un punto di coordinamento dell’attività territoriale, dove si eseguono interventi di tipo preventivo, curativo, e di reinserimento sociale e dove vengono eseguite visite programmate e urgenti, aperto 12 ore al giorno per sei giorni alla settimana.

Le strutture intermedie si possono dividere in due categorie:

- residenziali, come gli alloggi protetti e le comunità terapeutico riabilitative;
- semiresidenziali, come i Centri diurni e i Day Hospital.

Le strutture residenziali si trovano al di fuori di una struttura ospedaliera; gli interventi che si eseguono sono di natura terapeutica riabilitativa e socioriabilitativa. Il loro scopo è quello di far recuperare al malato un’autonomia sia personale che sociale. Invece, per quanto riguarda le strutture semiresidenziali come il Centro Diurno e il Day Hospital, il primo è ubicato nel territorio ed esegue interventi terapeutico-riabilitativi, miranti a promuovere l’integrazione sociale, mentre il secondo esegue interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi per periodi di breve e di media durata e l’obiettivo è quello di limitare i ricoveri o mantenere una continuità con il contesto extraospedaliero.

In ciascun ambito del dipartimento di salute mentale opera la figura dell’infermiere, che è orientata alla soddisfazione dei bisogni di quelle persone che presentano una malattia mentale. L’intervento infermieristico deve essere personalizzato e comporta

la collaborazione tra più figure professionali, che agiscono all'interno del dipartimento di salute mentale; questa collaborazione consente di fornire un'assistenza continuativa.

L'azione infermieristica si dirama in tre aree dipartimentali che sono l'ospedale, il territorio e le strutture intermedie. L'intervento che viene attuato nell'ospedale riguarda principalmente la presa in carico dei problemi relativi alle acuzie psichiatriche; generalmente le persone che sono in questo contesto presentano un momento elevato di difficoltà e gli interventi che attua l'infermiere sono: soddisfare i bisogni base dell'individuo, prevenire il rischio di eventi come la violenza e il suicidio, aiutare la persona a ripristinare un contatto con la realtà, creare un rapporto di fiducia tra esso e i membri dell'équipe, raccogliere informazioni per l'accertamento infermieristico, somministrare la terapia farmacologica su prescrizione medica, monitorare i possibili eventi avversi e infine mediare tra la persona coinvolta e la sua famiglia.

Per quanto riguarda il territorio, la struttura principale è il centro di salute mentale al quale afferiscono persone che hanno riacquisito abilità sociali e relazionali, utili per vivere in società. Il compito dell'infermiere è quello di aiutare la persona a mantenere le abilità che ha riacquisito, tramite controlli periodici che possono essere attuati al domicilio o in ambulatorio; creare un buon rapporto con i componenti della famiglia, in quanto possono fornire un maggiore sostegno e, inoltre, uno dei compiti più importanti riguarda l'attivazione e l'integrazione di servizi, che favoriscono il reinserimento sociale della persona.

Infine, nelle strutture intermedie l'intervento infermieristico è focalizzato nell'aiutare la persona a recuperare relazioni significative e importanti e a svolgere in autonomia le attività della quotidianità.

## **Capitolo 2.1 – Il processo di nursing e accertamento infermieristico in salute mentale**

Il processo di nursing o processo di assistenza infermieristica è un approccio interazionale che si verifica tra infermiere e assistito e permette di personalizzare l'assistenza nei confronti del malato e di migliorare l'agire degli infermieri.

Esso permette:

- di individuare gli interventi, in base alla problematica di ogni singola persona;
- di dare continuità dell'assistenza, resa possibile dalla pianificazione, a cui tutto il personale infermieristico fa riferimento;
- di monitorare i progressi della persona tramite la valutazione degli obiettivi stabiliti;
- di fornire interventi motivati;
- di rispettare la persona.

La finalità è quella di far riacquisire al paziente l'autonomia persa, tramite diversi interventi infermieristici.

Il processo di nursing avviene anche nell'ambito della salute mentale e viene definito "come un approccio sistematico per affrontare i problemi della vita della persona derivanti dal disturbo psichico, che comprende le fasi dell'osservazione, dell'accertamento, della pianificazione, dell'attuazione e della valutazione e che permette al paziente di risolvere o adattarsi a quei problemi" (Barelli, Spagnoli, 2020); il suo obiettivo è quello di intervenire sui problemi originati dalla malattia mentale, che riguardano la gestione della propria persona.

Una parte rilevante del processo di nursing è costituita dall'accertamento, che permette di individuare i modelli comportamentali utilizzati dal soggetto e di prestare attenzione agli aspetti psicosociali, fornendo così un livello di assistenza ottimale.

L'accertamento inizia con la raccolta dati che avviene tramite:

- la consultazione della documentazione clinica dell'assistito;
- il confronto tra i membri dell'équipe;
- il confronto con le persone che costituiscono un punto di riferimento per l'assistito;
- il colloquio e l'osservazione dell'assistito.

Questa attività dovrebbe far comprendere le potenzialità e le criticità del paziente, permettendo così la formulazione degli obiettivi assistenziali.

Il colloquio e l'osservazione dell'assistito costituiscono i fondamenti dell'accertamento e possono portare all'instaurazione di una relazione terapeutica

efficace. Il colloquio viene definito come lo strumento dell'accertamento e consente di raccogliere informazioni dell'assistito riguardanti:

- lo stato fisico e mentale;
- i problemi di salute;
- la capacità nelle attività della quotidianità;
- l'ambiente sociale in cui vive;
- la storia personale e familiare.

Per la buona riuscita del colloquio, bisogna attenersi a delle regole. È opportuno:

- avere chiaro lo scopo del colloquio;
- permettere all'assistito di raccontare la sua storia;
- mantenere una posizione neutrale;
- prendere in considerazione l'assistito, ascoltarlo e se possibile rassicurarlo;
- indagare su possibili pensieri che potrebbero portare al suicidio.

Non si deve:

- essere intrusivi, insistenti e direttivi;
- perdere l'attenzione nei confronti dell'assistito;
- porre domande su temi delicati.

Il colloquio varia in base al contesto in cui può avvenire; indipendentemente da ciò, però, bisogna garantire la riservatezza, il comfort e delineare gli obiettivi da perseguire.

Tramite l'osservazione dell'assistito, invece, si presta attenzione:

- alle caratteristiche fisiche: aspetto, modo di vestirsi e di muoversi;
- al comportamento cinesico: gestualità;
- al comportamento spaziale: postura, distanza nell'interazione,
- all'espressione del volto: occhi, bocca e muscoli della faccia;
- al linguaggio: tono, eloquio;
- alle caratteristiche dell'ambiente, ma solo se l'accertamento avviene al domicilio.

La capacità di osservazione può essere influenzata dal contatto emotivo, dalla conoscenza del caso e dalla conoscenza della psicopatologia.

Tutte le informazioni reperite durante l'accertamento verranno poi analizzate dall'infermiere assieme agli altri membri dell'équipe.

## **Capitolo 2.2 Le funzioni dell'infermiere in S.P.D.C.**

L'infermiere che lavora nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura non agisce individualmente ma in équipe, come sopra affermato. Esso viene definito come uno dei soggetti curanti, ossia come colui che è responsabile dell'assistenza nel recupero dell'autonomia, e lo fa identificando bisogni e obiettivi, occupandosi della gestione, pianificazione, valutazione degli interventi e utilizzando procedure adeguate. L'infermiere propone idee atte a migliorare il percorso di cura dell'utente, integra le proprie conoscenze e competenze per rispondere in maniera responsabile alle domande di aiuto, si arricchisce dal punto di vista professionale e condivide la responsabilità e i vissuti.

Alcune caratteristiche che sono utili possedere per raggiungere buoni risultati sono la capacità di osservare, ascoltare, di individuare i bisogni dell'utente, di rispondere in modo coerente, di essere empatici, di avere un atteggiamento armonioso con gli altri membri dell'équipe, di gestire le proprie emozioni, di interagire.

L'utente che è presente in questo contesto potrebbe avere difficoltà nel comprendere anche i propri bisogni primari; l'infermiere, consapevole di questo aspetto, deve adoperarsi per:

- recuperare il compenso psicopatologico, attraverso il contenimento, il supporto e il coinvolgimento;
- utilizzare la relazione terapeutica;
- somministrare la terapia farmacologica e monitorare i possibili eventi avversi;
- soddisfare i bisogni base dell'assistito;
- raccogliere informazioni.

## **Capitolo 2.3 Conoscenze e competenze dell'infermiere in salute mentale**

L'infermiere che opera nell'ambito della salute mentale deve possedere conoscenze e competenze specifiche, che riguardano:

- *la gestione delle acuzie*: un paziente presenta una sintomatologia psichica, che richiede un intervento tempestivo da parte del personale sanitario. In questo caso l'infermiere esaminerà la persona e raccoglierà informazioni utili per attuare gli interventi migliori, i quali vengono realizzati nella maggior parte dei casi tramite un lavoro di équipe;
- *la gestione della crisi*: si verifica quando c'è un'alterazione del normale equilibrio di una persona e del contesto in cui si trova; in questo caso l'infermiere, sempre tramite un lavoro di team, valuterà i segni di tale problematica, adotterà dei comportamenti consoni per affrontare tale situazione, permetterà al paziente di esprimersi e se possibile lo condurrà alla risoluzione della crisi;
- *la gestione dell'emergenza*: avviene quando il paziente presenta un'alterazione dell'equilibrio riguardo l'aspetto relazionale e quello ambientale. L'infermiere adotterà tecniche di comunicazione verbale e non verbale, attuerà interventi volti a ridurre il livello di ansia e utilizzerà un comportamento consono;
- *la gestione dell'urgenza*: si verifica quando il paziente presenta un livello di sofferenza mentale elevato e richiede una valutazione adeguata a impostare gli interventi migliori. In questo caso l'infermiere dovrà individuare il livello di gravità, ricercare un ambiente che favorisca la relazione, attuare interventi terapeutici, e collaborare con altri operatori;
- *la gestione di gruppi di pazienti*: il compito dell'infermiere in questo caso è quello di partecipare e/o condurre attività di gruppo per i pazienti, utili per raggiungere gli obiettivi definiti.

Queste elencate sopra sono le conoscenze e competenze appartenenti all'area professionale. Di seguito vengono riportate quelle riguardanti l'area organizzativa/manageriale, che riguardano:

- la costruzione del luogo in cui si verifica la relazione: l'infermiere rispetta la privacy del paziente e realizza un ambiente adatto alla condizione clinica dell'assistito;
- il lavoro in équipe, ossia un lavoro di gruppo: l'infermiere comprende che il lavoro in équipe è importante, permette la collaborazione, uno scambio di opinioni e di fornire un trattamento adeguato ai pazienti;

- il lavoro di rete: l'infermiere, tramite contatti con altre persone, mantiene la propria identità, riceve sostegno emotivo, materiale, informativo, instaura nuove relazioni sociali.

Infine, l'ultima area di competenze da possedere è quella relazionale, che comprende:

- ascolto, ovvero la comprensione di quello che sta dicendo il paziente: l'infermiere adotta delle tecniche di ascolto adeguate, di comunicazione verbale e non verbale, e crea una relazione terapeutica;
- empatia, che significa comprendere quello che il paziente vive: l'infermiere partecipa con la giusta distanza emotiva alle sensazioni che prova la persona, aiutandola a superare le possibili difficoltà.



### **CAPITOLO 3. LA RELAZIONE TERAPEUTICA TRA INFERMIERE E PAZIENTE NELL'AMBITO DELLA SALUTE MENTALE**

La relazione è un'interazione che avviene tra infermiere e paziente e rappresenta il fulcro dell'assistenza infermieristica. Per attuarla in maniera ottimale l'infermiere deve possedere delle competenze relazionali, che si acquisiscono tramite lo studio del processo di comunicazione e dei principi e delle tecniche che contraddistinguono una relazione professionale mirata a soddisfare i bisogni del paziente.

Parte rilevante della relazione è rappresentata dalla comunicazione, che viene definita come uno scambio reciproco di informazioni, ed è costituita dai seguenti elementi (Saiani, Brugnolli, 2013):

- l'emittente, colui che invia il messaggio;
- il ricevente, colui che riceve il messaggio;
- il canale, il mezzo attraverso cui passa il messaggio;
- il codice, i segni con cui si è formulato il messaggio;
- il messaggio, il contenuto che si comunica;
- il contesto, il luogo del processo comunicativo.

La comunicazione si manifesta in tre forme che sono:

- la comunicazione verbale, considerata fondamentale per la sopravvivenza poiché senza di essa non si potrebbero soddisfare i bisogni primari;
- la comunicazione paraverbale, rappresentata dal tono della voce, dalla pronuncia delle parole, dal ritmo, dalle pause e dai silenzi;
- la comunicazione non verbale, costituita dai movimenti e dalla postura del corpo.

Nella comunicazione non verbale bisogna prestare attenzione alle modalità espressive che assume il paziente, che riguardano vari aspetti come l'espressione del volto, che permette di manifestare emozioni di sorpresa, paura, disgusto, felicità e tristezza; il contatto visivo, che è un segnale di ricezione che se non percepito può creare perdita di attenzione o sfiducia nel paziente; la gestualità e la postura del corpo, che possono influenzare il comportamento altrui e sono utili per abbattere le barriere linguistiche e sostituire le parole; il toccarsi, che è una delle risposte umane primarie e assume significati diversi in base alla componente culturale. Infine, lo

spazio fisico interpersonale, che indica la distanza tra una persona e un'altra e varia in base alla tradizione e cultura dei popoli.

Ogni persona è libera di attuare la forma di comunicazione che ritiene più opportuna. È stimato che coloro che presentano una malattia mentale, per comunicare con il mondo esterno utilizzino maggiormente la comunicazione non verbale, in quanto risulta poco controllabile e più rapida; talvolta queste persone possono assumere atteggiamenti specifici quali comportamenti autolesivi, bizzarri e posture inadeguate.

La relazione che si verifica tra infermiere e paziente ha valenza terapeutica e rappresenta uno strumento utile per il professionista. Come descritto nel 1952 da Hildegard Peplau, un'infermiera americana considerata una delle figure più rilevanti del nursing psichiatrico, la relazione è composta dalle seguenti fasi:

- *orientamento*: due persone che non si conoscono, si incontrano e l'operatore tramite un buon ascolto cerca di formulare la domanda che permetterà di capire i bisogni del paziente e di fornire risposte adatte;
- *identificazione*: il paziente individua i propri bisogni e risorse e manifesta un atteggiamento fiducioso nei confronti dell'operatore;
- *utilizzazione*: una volta che si è instaurata una relazione di fiducia, il paziente può fare richieste e utilizzare le risorse che gli vengono offerte e il suo comportamento varia tra autonomia e dipendenza;
- *risoluzione*: il paziente abbandona la relazione con l'operatore. Questa fase deve essere gestita in maniera consona per evitare che la relazione persista.

In queste fasi, l'infermiere assume nei confronti del paziente diversi ruoli, che si possono manifestare in modo casuale e che possono essere così descritti:

- ruolo dell'estraneo: richiede rispetto, attenzione e accettazione del paziente;
- ruolo della persona come risorsa: il paziente vede l'infermiere come una risorsa che lo aiuta a risolvere i problemi;
- ruolo educativo: l'infermiere aiuta il paziente a evidenziare gli aspetti positivi dell'esperienza che sta vivendo;
- ruolo di leadership: il paziente vede l'infermiere come un punto di riferimento;

- ruolo di sostituto: il paziente assegna all'infermiere una varietà di emozioni che ha già provato in passato;
- ruolo di consigliere: l'infermiere consiglia il paziente. Questo ruolo secondo Peplau è uno dei più rilevanti nell'ambito psichiatrico.

Per attuare la relazione terapeutica è opportuno che l'infermiere posseda i seguenti requisiti:

- l'autoconsapevolezza: la capacità di pensare sui propri sentimenti, emozioni e pensieri;
- l'autocoscienza: permette all'infermiere di comportarsi in modo finalizzato e non automaticamente;
- l'empatia: la capacità di prendere parte al mondo relazionale del paziente e comprendere il significato che ha per lui;
- la consapevolezza dei confini e dei limiti del proprio ruolo: l'infermiere agisce secondo quanto stabilito dal codice deontologico e mette in primo piano i bisogni del paziente rispetto a quelli personali.

Inoltre, occorre tenere in considerazione alcuni importanti accorgimenti, come l'*abilità di porre domande*, che si acquisisce con l'esperienza: se la domanda formulata è di qualità, anche la risposta sarà tale. Le domande poste possono essere di tre tipologie, ovvero aperte, chiuse e multiple; le domande aperte permettono al paziente di rispondere con il tempo che ritiene opportuno e sono utili per fargli risolvere le sue perplessità; le domande chiuse richiedono una risposta specifica e possono impedire al paziente di esprimersi liberamente (l'approccio più utilizzato è quello di alternare domande aperte e chiuse). Le domande multiple sono poco utilizzate perché possono confondere i pazienti, in particolare quelli che hanno un'alterazione del pensiero. Una tecnica che viene spesso utilizzata è la tecnica eco, che consiste nel riprendere in forma interrogativa una frase che già ha detto il paziente.

Un'altra importante accortezza è l'*abilità di ascoltare*. Essa matura con l'esperienza, e per attuare un ascolto autentico serve utilizzare due modalità, ovvero l'ascolto critico, mirato a comprendere i messaggi del paziente e a verificarne la correttezza, e l'ascolto empatico, finalizzato a comprendere le emozioni che vive il paziente. Per

facilitare l'ascolto è opportuno non interromperlo, rispettare le pause e i silenzi e incoraggiarlo.

Infine, anche l'*abilità di dare risposte* gioca un ruolo importante. Si tratta di un'attività complessa, poiché bisogna prestare molta attenzione alla tipologia del paziente.

Queste tre abilità consentono di entrare in empatia con l'assistito, del quale è indispensabile acquistarne la fiducia (deve essere consapevole e convinto del fatto che l'infermiere sia in grado di fornirgli aiuto e assistenza), conoscerne la storia (prestando particolare attenzione ai sentimenti, alle idee e interpretazioni, alle aspettative e desideri e al contesto in cui si manifestano), il tutto garantendo costantemente la riservatezza (è importante non divulgare dati del paziente al di fuori del gruppo di lavoro).

Allo stesso modo esistono atteggiamenti che possono, al contrario, ostacolare il processo di comunicazione, come ad esempio il fatto di utilizzare frasi prive di significato, dare consigli non richiesti, dare giudizi sui comportamenti del paziente.

### **Capitolo 3.1. – Aspetti di interazione tra infermiere e paziente**

Dopo aver compreso nel paragrafo precedente i comportamenti da adottare per attuare una relazione terapeutica efficace è opportuno soffermarci sulla interazione che si verifica tra infermiere e paziente in psichiatria.

L'instaurazione di una relazione terapeutica permette all'infermiere di comprendere le caratteristiche dell'assistito, che dipendono dalla tipologia del paziente e dallo stato emotivo. Le persone generalmente adottano uno schema mentale che si ripete nel corso della vita, infatti, il paziente senza esserne consapevole mette in atto un tipo di relazione a lui nota e in base al comportamento e tipo di interazione adottato, si possono conoscere le relazioni del passato; tutto questo prende il nome di *fenomeno del transfer* e rappresenta una parte molto rilevante del processo di cura. Tale fenomeno è molto frequente nei pazienti psichiatrici e si verificherà ogni volta che instaureranno una relazione importante, come quella con il personale infermieristico o con altri membri dell'équipe.

La relazione tra infermiere e paziente psichiatrico può risultare a tratti più difficile rispetto a quella con altre tipologie di pazienti, in quanto l'infermiere mette in gioco

la propria persona e in lui possono emergere emozioni piacevoli e/o spiacevoli; queste ultime possono bloccare il progresso della relazione, ma per evitarlo bisogna acquisire buone capacità relazionali, che matureranno con l'esperienza e con l'autoconsapevolezza.

La relazione con il paziente psichiatrico è rappresentata da tre componenti che sono:

- organica: il corpo;
- cognitiva: la mente;
- emotiva: le emozioni;
- relazionale: il rapporto con il mondo.

L'aspetto relazionale è importante indipendentemente dalla tipologia del paziente, però assume un significato più intenso quando si ha di fronte un paziente psichiatrico, perché la maggior parte delle attività infermieristiche nell'ambito della salute mentale dipendono da questo aspetto, basti pensare a un paziente che presenta un atteggiamento di diffidenza nell'assunzione della terapia: solo tramite l'acquisizione di una fiducia reciproca si potrà far fronte a questo problema e consolidare una relazione terapeutica.

### **Capitolo 3.2. – Complicanze nella relazione terapeutica**

Un fattore che può ostacolare la relazione terapeutica è l'atteggiamento aggressivo del paziente nei confronti del personale sanitario, tema fortemente ricorrente nell'ambito della salute mentale, basti pensare al tragico episodio avvenuto pochi mesi fa che ha coinvolto una psichiatra di Pisa.

L'aggressività viene definita come una serie di comportamenti o azioni che hanno il potenziale di danneggiare, ferire se stessi o un'altra persona, fisicamente o verbalmente. La sua origine può essere dovuta:

- all'abuso di sostanze o alcool;
- al disturbo psichico;
- ai pregiudizi della popolazione.

Quando l'infermiere si trova davanti a un paziente che manifesta un atteggiamento aggressivo, in esso si possono innescare diversi sentimenti, quali:

- paura, della propria salute e quella del paziente;
- rabbia, per l'aggressione verbale e non verbale;

- delusione, per il comportamento assunto dal paziente;
- frustrazione, per il fatto di non sapere come agire di fronte alla situazione;
- insicurezza, paura dell'evoluzione della situazione;
- inadeguatezza.

Tutti questi sentimenti non sono di facile gestione, però grazie all'addestramento e alla conoscenza di se l'infermiere riesce a mantenere una stabilità emotiva. Esistono degli interventi di comunicazione verbale e non verbale, denominati *Tecniche di De Escalation*, atti a ridurre il livello di aggressività del paziente. Prima di descriverle bisogna ricordare che con il paziente aggressivo non si può creare un'interazione proficua. Per attuarle in maniera adeguata, l'infermiere non deve avere un atteggiamento di fuga, di sfida o di paura e deve adottare strategie mirate a stemperare l'aggressività:

- rispettando il paziente;
- utilizzando un tono della voce pacato e comprensivo;
- verificando che il paziente lo abbia compreso;
- se lo ritiene opportuno offrendo al paziente una bevanda o un cibo che preferisce;
- evitando di rispondere a domande non consone;
- rimuovendo oggetti che possono fare riferimento a qualcosa di religioso e politico o che possono ledere;
- mantenendo un contatto visivo con la persona;
- evitando il contatto fisico;
- mantenendo una distanza di sicurezza.

Invece non deve:

- rimproverare il paziente;
- convincere il paziente;
- manifestare rabbia, paura e gioia;
- tenere le braccia incrociate;
- dare le spalle al paziente;
- gesticolare;
- tenere le mani in tasca.

La gestione dell'aggressività, come altri aspetti, non è attuata in maniera individuale dall'infermiere ma tramite un lavoro di squadra.



## CAPITOLO 4 – MATERIALI E METODI

### Obiettivo della ricerca

L'obiettivo di questo elaborato, svolto tramite una revisione della letteratura è il seguente:

- identificare gli aspetti chiave che caratterizzano la relazione terapeutica tra infermiere e paziente psichiatrico.

### Quesito di ricerca

L'instaurazione di una relazione terapeutica efficace con il paziente psichiatrico permette di fornire prestazioni infermieristiche ottimali?

<b>P</b>	Paziente	Paziente psichiatrico
<b>I</b>	Intervento	Relazione terapeutica efficace tra l'infermiere e il paziente psichiatrico
<b>O</b>	Risultato	Prestazioni infermieristiche ottimali

### Fonti di ricerca e parole chiavi

Il materiale reperito per redigere questo elaborato proviene dalla consultazione di articoli scientifici su PubMed, libri e riviste.

Le parole utilizzate per la ricerca degli articoli sono: Nursing research, psychiatric nurse, psychiatric patient, patient-nurse relationship e mental health.

### Criteri di inclusione ed esclusione

I criteri di inclusione sono:

- Articoli pubblicati dal 2005 al 2023
- Tipologia di studio: revisioni sistemiche, studi descrittivi e qualitativi;
- Studi inerenti all'argomento
- Studi in lingua inglese

Invece quelli di esclusione sono:

- Articoli non soddisfacenti per la ricerca



## CAPITOLO 5 - RISULTATI DELLA RICERCA

Schedatura degli studi selezionati sulla base della revisione della letteratura.

<b>Autore Rivista Anno</b>	<b>Tipo di studio</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Campione</b>	<b>Interventi</b>	<b>Risultati</b>
Welch M. Pivotal moments in the therapeutic relationship. Int J Ment Health Nurs. 2005	Qualitativo	Individuare quali sono gli aspetti cardine della relazione terapeutica.	6 infermieri di salute mentale, con almeno 5 anni di esperienza in tale ambito.	Intervista	È emerso che per attuare una relazione terapeutica efficace è opportuno adottare degli atteggiamenti consoni (es. ascolto empatico)
Cleary M, Hunt GE, Horsfall J, Deacon M. Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: a review and synthesis of qualitative studies. Issues Ment Health Nurs. 2012	Revisione sistematica della letteratura	Analizzare l'aspetto relazionale tra infermiere e paziente nei contesti della salute mentale	18 studi inclusi	Consultazione di banche dati biomediche	L'interazione tra infermiere e paziente dipende dalle caratteristiche del professionista e dal contesto in cui si trova.
Chambers M, Kantaris X, Guise V, Välimäki M. Managing and caring for distressed and disturbed service users: the thoughts and feelings	Qualitativo	Comprendere i pensieri e le sensazioni degli infermieri in salute mentale	12 infermieri che lavorano in un contesto psichiatrico per adulti	Questionario	Gli infermieri possono provare sentimenti positivi e negativi (come paura, ansia e vulnerabilità) quest'ultimi

experienced by a sample of English mental health nurses. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2015					possono essere facilmente superabili tramite una comunicazione efficace.
Hartley S, Raphael J, Lovell K, Berry K. Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. Int J Nurs Stud. 2020	Revisione sistematica della letteratura	Trovare documenti che riportano interventi atti a migliorare la relazione terapeutica tra infermiere e paziente in salute mentale.	Articoli di riviste in lingua inglese che riportano interventi mirati alla relazione terapeutica	Consultazione di banche dati biomediche	Sono stati individuati solo pochi documenti inerenti alla tematica, nonostante sia un aspetto chiave della professione infermieristica.
Tolosa-Merlos D, Moreno-Poyato AR, González-Palau F, Pérez-Toribio A, Casanova-Garrigós G, Delgado-Hito P; MiRTCIME.CAT Working Group. The therapeutic relationship at the heart of nursing care: A participatory action research in acute mental health units. J Clin Nurs. 2023	Qualitativo	Esplorare il processo di cambiamento degli infermieri durante l'attuazione della relazione terapeutica tra infermiere e paziente.	96 infermieri provenienti da 18 unità di salute mentale.	Osservazione Intervista	Nonostante le differenze culturali e strutturali degli infermieri, sono stati individuati degli aspetti facilitanti e limitanti della relazione e progettate alcune strategie per renderla ottimale.
Tolosa-Merlos D, Moreno-Poyato AR, González-	Qualitativo	Capire la relazione terapeutica	155 infermieri provenienti	Intervista	Questo studio ha permesso di capire che

<p>Palau F, Pérez-Toribio A, Casanova-Garrigós G, Delgado-Hito P; MiRTCIME.CAT Working Group. Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. J Clin Nurs. 2023</p>		<p>attraverso una relazione pratica degli infermieri</p>	<p>da 18 unità di salute mentale</p>		<p>l'atteggiamento degli infermieri influisce sulla relazione terapeutica con il paziente.</p>
---	--	--	--------------------------------------	--	--



## CONCLUSIONE

Come specificato nell'introduzione l'obiettivo di questo elaborato di tesi era quello di descrivere le peculiarità della relazione terapeutica tra infermiere e paziente in psichiatria. Dalla letteratura è emerso che tale relazione rappresenta per l'infermiere, prima ancora di qualsiasi risorsa tecnica specifica, lo strumento indispensabile per potersi accostare alla condizione di difficoltà di ogni assistito.

Se oggi possiamo parlare di relazione terapeutica lo si deve ai progressi nell'ambito della salute mentale e all'evoluzione della professione infermieristica, che richiede maggiori conoscenze e diversificate competenze nella gestione del paziente psichiatrico. L'infermiere ne diventa a tutti gli effetti il promotore della salute e attua interventi volti a migliorarne la situazione di vita; si occupa di gestire le acuzie, le eventuali crisi ed emergenze, i gruppi di pazienti e si impegna a creare il luogo adatto in cui si verifica la relazione, a lavorare in équipe e in rete utilizzando come strumenti l'empatia e l'ascolto attivo.

L'instaurarsi di una relazione terapeutica di qualità non è un evento casuale e può risultare a tratti difficile perché coinvolge il professionista sanitario anche dal punto di vista emotivo e può creare in lui emozioni contrastanti. L'infermiere deve dunque mettere in atto strategie per rimanere focalizzato sul lavoro da svolgere e possedere e dimostrare autoconsapevolezza, empatia, autocoscienza e consapevolezza dei confini e dei limiti del proprio ruolo, uniti ad un atteggiamento di supporto, di rispetto e di ascolto.

Conoscere il paziente è la base per il professionista che vuole sviluppare una relazione autentica e gli studi hanno dimostrato che le fasi identificate da Peplau sono efficaci per promuovere l'autonomia dell'assistito nella quotidianità, rendendolo sempre più consapevole e parte integrante della società, concezione condivisa dalla maggior parte della popolazione.



## LEGISLAZIONE

Legge 14 febbraio 1904, n. 36 *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*

Regio Decreto del 16 agosto 1909 n. 615 *Regolamento istituzione dei manicomi*

Legge 18 marzo 1968, n. 431 *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*

Legge 13 maggio 1978, n. 180 *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*

Decreto 14 settembre 1994, n. 739 *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (a cura di M. Biondi) *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* Milano Raffaello Cortina Editore 2014

Barelli Paolo, Spagnolli Elisabetta *Nursing di salute mentale* Roma Carocci Faber 2020

Cannella Beatrice, Cavaglia Patrizia, Tartaglia Franco *L' infermiere e il suo paziente,* Milano Casa editrice Ambrosiana 2001

Chambers M, Kantaris X, Guise V, Välimäki M. Managing and caring for distressed and disturbed service users: the thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015 Jun;22(5):289-97. doi: 10.1111/jpm.12199. Epub 2015 May 6. PMID: 25944483.

Cleary M, Hunt GE, Horsfall J, Deacon M. Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: a review and synthesis of qualitative studies. *Issues Ment Health Nurs.* 2012 Feb;33(2):66-79. doi: 10.3109/01612840.2011.622428. PMID: 22273340.

Ferruta Anna, Marcelli Marcella *Un lavoro terapeutico L'infermiere in psichiatria* Milano Franco Angeli 2004

FNOPI *Codice deontologico delle professioni infermieristiche* 2019

Hartley S, Raphael J, Lovell K, Berry K. Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *Int J Nurs Stud.* 2020 Feb;102:103490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103490. Epub 2019 Nov 23. PMID: 31862531; PMCID: PMC7026691.

OPIBO *I quaderni della formazione Le competenze specialistiche dell'infermiere della salute mentale* 2017

Petrini.P, Zucconi.P *La relazione che cura* Roma Alpes 2009

Raucci Vincenzo, Spaccapeli Giovanni, *Fondamenti di infermieristica in salute mentale* Rimini Maggioli Editore 2013

Saiani Luisa, Brugnolli Anna *Trattato di cure infermieristiche* Napoli Sorbona 2013 (Primo volume)

Tolosa-Merlos D, Moreno-Poyato AR, González-Palau F, Pérez-Toribio A, Casanova-Garrigós G, Delgado-Hito P; MiRTCIME.CAT Working Group. The therapeutic relationship at the heart of nursing care: A participatory action research in acute mental health units. *J Clin Nurs.* 2023 Aug;32(15-16):5135-5146. doi: 10.1111/jocn.16606. Epub 2022 Dec 24. PMID: 36566346.

Tolosa-Merlos D, Moreno-Poyato AR, González-Palau F, Pérez-Toribio A, Casanova-Garrigós G, Delgado-Hito P; MiRTCIME.CAT Working Group. Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *J Clin Nurs.* 2023 Jan;32(1-2):253-263. doi: 10.1111/jocn.16223. Epub 2022 Jan 24. PMID: 35075705; PMCID: PMC10078778.

Welch M. Pivotal moments in the therapeutic relationship. *Int J Ment Health Nurs.* 2005 Sep;14(3):161-5. doi: 10.1111/j.1440-0979.2005.00376.x. PMID: 16181152.

## SITOGRAFIA

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

Ultima consultazione: 12 agosto 2023.

<https://www.fnopi.it/2023/05/11/12maggio-giornata-infermiere/>

Ultima consultazione: 26 agosto 2023

<https://www.valeriosso.com/2016/10/18/gestione-del-paziente-aggressivo-de-escalation/>

Ultima consultazione: 9 settembre 2023