

***Relazione presentata alla giornata di studio "Area Psichiatrica: gli infermieri dell'Azienda USSL n. 29 si confrontano" - Monza, Sabato 14 dicembre 1996***

## **LO SPECIFICO PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE IN PSICHIATRIA**

DAI Paolo Barelli

Docente di Nursing psichiatrico alla scuola di specializzazione in assistenza infermieristica psichiatrica, Rovereto (TN)

Redazione NEU

### ***Introduzione***

Dover definire lo specifico professionale dell'infermiere in psichiatria crea un certo imbarazzo. Chiunque abbia una discreta esperienza lavorativa sicuramente dentro di sé è certo di sapersi professionalmente collocare in modo preciso. Tuttavia nel momento in cui mi è stato chiesto di presentare una relazione su questo tema la prima reazione è stata di paura; come se avessi dovuto rispondere ad una domanda da un milione di dollari. Pur avendo molti anni di esperienza clinica, ed ormai una qualche esperienza di insegnamento nel campo, ho fatto una grossa fatica nel cercare di dare un certo ordine alle idee che di infermiere di salute mentale mi ero fatto.

Le ottime relazioni che mi hanno preceduto hanno descritto cosa concretamente gli infermieri facciano in alcune concrete realtà operative. Quello che dovrebbe essere ora il mio compito è cercare di astrarmi dalle situazioni concrete nel tentativo di definire l'infermiere di salute mentale di per sé.

## ***Concetti chiave per un inquadramento concettuale***

Credo che per definire il ruolo di una figura professionale in uno specifico settore sia opportuno prima cercare di chiarirne il ruolo in generale, per ricollocarlo solo in un secondo momento nel contesto specialistico.

Qualsiasi professione, come anche la professione infermieristica, può essere definita utilizzando uno schema di riferimento, una rappresentazione mentale strutturata della realtà professionale, che in termini scientifici viene definita “*modello concettuale*”. E’ esperienza comune il fatto che medesime professioni vengano interpretate dai professionisti in modi differenti; ed infatti ciascuna professione è definita da più modelli concettuali. L’esistenza di una pluralità di modelli concettuali è dovuta alla rappresentazione della realtà in senso lato attuata dai singoli professionisti. La rappresentazione della realtà, che noi definiremo filosofia, è infatti dovuta ai valori di fondo a cui si ispirano le singole persone. Dunque ciascun i modelli concettuali si fondano e si differenziano a partire dalla filosofie che ad essi sottostanno.

Se esistono diversi modelli concettuali per una stessa professione, allora come è possibile che tutti vengano comunque attribuiti chiaramente a quella professione e non ad altre? Ogni modello concettuale è strutturato all’interno di una sorta di griglia che, indipendentemente dalla filosofia di riferimento, indica i concetti che assieme concorrono a definire la professione. Mi sto riferendo al cosiddetto *Metaparadigma*. Per quanto riguarda la professione infermieristica il metaparadigma comprende i concetti: Uomo, Ambiente, Salute ed Assistenza, che assumeranno diversi significati a seconda della filosofia attraverso la

quale il singolo professionista interpreta la realtà, andando così a definire lo specifico *modello di Nursing*. (Barelli, 1996).

### ***La Scienza Infermieristica come cornice concettuale per la definizione del ruolo***

Nelle scienze Infermieristiche sono descritti molti modelli concettuali che fondano i loro valori su differenti modi di concepire la realtà da parte degli autori che le hanno sviluppate, del resto, come accennato poc'anzi, non è il nursing l'unica disciplina che ha sviluppato differenti modi di interpretarsi. Per dimostrare questo basta pensare a quante differenti scuole esistano in psichiatria - psicologia dalle scuole organicistiche Kraepeliane e Bleuleriane alla psicoanalisi di Freud e Jung, dalla Comportamentistica di Pavlov alla Fenomenologia - Esistenziale di Binswanger, dalla Sistemica di Watzlawick alla sociopsichiatria degli anni '70 che in Italia ha avuto le sue migliori espressioni in Basaglia (Drigo et al., 1993). Eppure nella loro estrema diversità tutte queste sono scuole psichiatriche - psicologiche. Tutte sono chiaramente riconoscibili per il *fenomeno di interesse* ovvero la *MALATTIA MENTALE*. Sono allo stesso tempo tutte chiaramente distinguibili per il *modo di APPROCCIARSI* ad essa, ed in ultima analisi dai VALORI ESISTENZIALI dai quali è guidato il singolo professionista che le adotta.

Anche il NURSING allora, pur avendo un unico FENOMENO DI INTERESSE ***L'UOMO ED I SUOI BISOGNI***, ha molteplici modi di descriverlo e di approcciarvisi. Anche per il nursing questo dipende dalla FILOSOFIA che guida il singolo modello.

Chrisman (1982), ad esempio, ha riscontrato che gli infermieri hanno differenti approcci all'assistenza a seconda dei contesti nei quali operano. In ambito ospedaliero si

tende a focalizzare l'assistenza prevalentemente sugli aspetti medici, e ad utilizzare i fattori socioculturali soltanto quando risultino influenzare direttamente il risultato degli atti terapeutici. Nei servizi territoriali e in ambiti particolari quali la pediatria e la psichiatria, vi è una maggior tendenza a considerare gli aspetti psicologici, sociali e antropologici, proprio per la caratteristica del setting operativo, che mette in maggior risalto l'individualità della persona.

E' importante comunque precisare che i modelli concettuali non solo si differenziano per i valori filosofici sottostanti, ma anche dal livello di astrazione al quale sono collocati. Esistono infatti modelli concettuali che descrivono l'infermiere ad un livello molto generale, nei principi fondamentali, e queste sono dette Macro-teorie (Walker e Avant, 1995).

Altri descrivono particolari aspetti operativi, come ad esempio la teoria di Peplau (1994), che è un ottimo strumento per studiare (ed operativamente utilizzare) la relazione interpersonale, adottando uno schema di riferimento psicodinamico.

### ***Henderson e Parse due esempi antitetici di approccio al nursing***

Due esempi filosoficamente antitetici di modelli concettuali ad ampio raggio (Macro-teorie) possono essere la teoria di Virginia Henderson (Adam, 1987) da un lato, e di Rosemarie Rizzo Parse (1981, 1992).

Brevemente la prima vede l'uomo esprimere 14 bisogni fondamentali gerarchizzati secondo la scala Maslowiana, e la salute vista come l'autonoma soddisfazione di tutti i bisogni da parte dell'uomo. Per Henderson l'infermiere interviene per soddisfare i bisogni che l'uomo non è in grado di soddisfare a causa di una mancanza di forza, conoscenza o volontà, ed interviene sostituendosi, rinforzando od insegnando al paziente.

Personalmente ho qualche difficoltà a ridurre una persona entro uno schema così rigido. Ma ciò può essere dovuto ai valori filosofici nei quali credo.

Il secondo esempio di Macro-teoria è quello dell'Uomo in Divenire di Rosemarie Rizzo Parse (1981, 1992). La teoria descrive l'uomo come un essere in continua evoluzione ed in costante interscambio con l'universo nel quale è inserito e dal quale è inseparabile; ha la facoltà di scegliere liberamente tra le infinite possibilità di evoluzione e quindi è l'unico protagonista ed attore della propria condizione esistenziale alla quale attribuisce un proprio unico significato. In questa visione l'infermiere non si pone più come l'esperto che soddisfa un bisogno insoddisfatto, in quanto è la persona competente che riconosce la mancata soddisfazione, e conosce l'unico modo efficace per soddisfarlo. L'infermiere Parsista, si affianca alla persona e la aiuta ad esprimere ed esplicitare prima di tutto a sé stesso, quale sia la scelta, l'unica scelta, fra le infinite possibili evoluzioni del modello di interazione negentropica con l'universo, quindi lo aiuta a raggiungere questa condizione evolutiva.

### ***Un esempio di approccio infermieristico in Salute Mentale***

Un esempio può a questo punto esserci di aiuto.

Paola è una ragazza a cui è stato attribuito un delirio di veneficio. E' ricoverata in S.P.D.C. (ma potrebbe essere chiusa in casa e l'unica persona a cui permette di entrare siete voi, oppure potrebbe essere ospite della C.R.T. nella quale operate). Paola rifiuta il cibo ormai da un paio di giorni; è terrorizzata dal fatto di essere avvelenata dai vicini di casa che possono raggiungere, corrompendo gli inservienti, il carrello nel quale è conservato il suo pasto.

Analizzando la situazione secondo la teoria di Henderson (Adam, 1989), l'infermiere riconosce un mancato soddisfacimento del bisogno di alimentazione a causa della mancanza di forza nella dimensione psichica, limitata alla presenza di delirio di veneficio. L'infermiere dovrà allora intervenire per soddisfare questo bisogno facendo leva sulla limitazione della "forza psichica" probabilmente assicurando sul confezionamento del pasto, e sulla impossibilità che altre persone oltre agli addetti possono maneggiarlo. L'obiettivo resta comunque alimentare la paziente.

Nell'ottica parsiista l'infermiere non focalizza l'attenzione solo sull'alimentazione, ma cerca di porsi in un ascolto più profondo della persona, nel tentativo di comprendere assieme alla stessa quale sia l'attuale situazione evolutiva nella interazione con l'universo, e quale sia la direzione che l'utente sente/sceglie come propria. In altre parole vi è il tentativo di esplicitare il vero significato attribuito dalla paziente al rifiuto del cibo e quindi individuare una diversa modalità di relazione con esso che permetta da un lato di rispettare il significato ma che consenta allo stesso tempo la sopravvivenza.

Certamente l'esempio sopra descritto era un pretesto per considerare uno stesso episodio da angolature differenti. Non voleva essere esemplificativo delle singole teorie, che andrebbero analizzate in modo molto più approfondito, e non è questa la sede. Entrambi gli approcci però hanno permesso di individuare una specificità infermieristica. Né lo psichiatra, che si sarebbe occupato del delirio, né altre figure professionali, che avrebbero approcciato la persona da altre angolature, avrebbero avuto la possibilità, la competenza, né la comprensione concettuale per affrontare la situazione proposta dal punto di vista "infermieristico" ovvero dal modo di interagire dell'uomo con il mondo di tutti i giorni.

## ***Il contributo infermieristico al Progetto Terapeutico dell'équipe psichiatrica***

Nei servizi l'infermiere non opera da solo, ma inserito in una équipe formata da una molteplicità di figure, e questo è emerso nelle relazioni proposte questa mattina.

Tutti questi operatori operano sinergicamente per raggiungere l'obiettivo comune che viene di volta in volta stabilito dal cosiddetto Progetto Terapeutico (Drigo et al., 1993).

Il P.T. è il risultato delle considerazioni di tutte le figure professionali. Ciascuna però è portatrice di una propria cultura, di una propria scienza, di un proprio caratteristico approccio ai problemi del paziente. L'unione di tutti gli approcci consente la stesura di un P.T. complesso ma il più possibile vicino alla reale condizione della persona assistita.

## ***Conclusioni***

L'infermiere dunque quale ruolo assume in questa modalità operativa?

Da quanto affermato sopra l'infermiere, potendo valutare la condizione dell'utente alla luce del proprio modello concettuale, utilizzando le proprie specifiche competenze in campo relazionale ed adottando quella particolare modalità operativa che è il processo infermieristico (dove compatibile con il modello adottato) concorre a completare il progetto/intervento terapeutico comune a tutta équipe. Con pari dignità degli altri professionisti.

Purtroppo non sempre questo è chiaro, non solo agli altri professionisti, ma persino allo stesso infermiere di salute mentale, che talvolta perde di vista la propria specificità, ed il contributo che egli, e unicamente lui in quanto infermiere, può dare al benessere dell'utente.

Talvolta lo si trova oppresso dal tentativo di tappare i buchi operativi lasciati da altri professionisti, o ad imitare, nell'improbabile tentativo di un riscatto professionale, altre figure ancora.

Ma questo non può che far aumentare la confusione dei ruoli e la conflittualità all'interno dell'équipe, con il risultato di aumentare lo stress da lavoro, diminuire la soddisfazione ed ovviamente abbassare la qualità del servizio reso (Barelli et al., 1995).

Diventa allora estremamente importante che l'infermiere di Salute Mentale accresca sempre più le proprie conoscenze, approfondendo la Disciplina infermieristica, riappropriandosi della propria identità e quindi imponendola, con la sicurezza del professionista competente, nella formulazione ed applicazione del progetto/intervento terapeutico.

### ***Bibliografia***

1. Adam E. (1989) "essere infermiera" vita e pensiero - MI;
2. Barelli P. (1996) "Prevenzione, cura e riabilitazione nel pensiero delle teoriche del nursing" Atti del seminario ANIN "L'infermiere in Psichiatria: prevenzione, cura e riabilitazione?" pp. 22-30. Centro documentazione ANIN - PV;
3. Barelli P. Luciani C., Tamanini N., Sansoni J. (1995) "Psychiatric nurses stress, satisfaction and role definition" relazione presentata alla "Networking for quality conference" Maastricht.
4. Barelli P., Boni N. Marin M., Urli N. (1996) "Disciplina, Competenza, Autonomia e Responsabilità, Risultato in Area Psichiatrica" Documenti del XI Congresso IPASVI pp. 62-67 - FI

5. Chrisman N.J. (1982) "Anthropology in nursing: an exploration of adaptation", in "clinically applied anthropology" Reidel pub. Comp., Boston;
6. Drigo M.L., Borzaga L., Mercurio A., Satta E. (1993) "Clinica e Nursing in psichiatria, spazio di incontro tra operatori e pazienti" CEA, MI;
7. Parse R.R. (1981) "Man-living-health: A theory of nursing" Wiley, NY;
8. Parse R.R. (1992) "Human Becoming: Parse's theory of nursing" *Nursing Science Quarterly*, 5, 35-42;
9. Peplau H. (1994) "Rapporti interpersonali nell'assistenza infermieristica. Una struttura concettuale di riferimento per un'infermieristica psicodinamica" Summa, PD;
10. Walker L.O., Avant K.C. (1995) "Strategies for theory construction in nursing" Appleton & Lange, Norwalk, CT;