

# **Assistenza Infermieristica Psichiatrica in un campo profughi: una esperienza di relazione interpersonale.**

Riferimento:

Barelli P. e Sansoni J. (1995) Assistenza Infermieristica in un Campo Profughi: una esperienza di relazione interpersonale. *Igiene e sanità pubblica*, **LI/2-3/95**, 166-178;

## **Autori:**

### **Barelli Paolo, IP**

Centro Salute Mentale USL C4, Pergine Valsugana (TN)  
Studente D.A.I. Università "La Sapienza" Roma

### **Sansoni Julita, DAI**

Professore a Contratto di Discipline Infermieristiche  
Scuola per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica  
Università "La Sapienza" Roma

## **Summary:**

### **Barelli P., IP & Sansoni J., DAI (1995)**

**PSYCHIATRIC NURSING IN A REFUGEE CAMP: AN EXPERIENCE OF AN INTERPERSONAL RELATIONSHIP.**

A primary Nursing experience spent in a refugee camp caring for a young polish boy affected by a form of psychosis, provides the starting point for a discussion about issues faced by a Mental Health Nurse in an interpersonal relationship with his client and about the skills required of the nurse in such relationship. Issues such as language, non verbal communication, transcultural and anthropological issues, the context in which a relationship occurs and therapeutic intervention in a group context, are considered, The authors also affront the issue of necessary staff support to decrease the emotional charge accumulated during this type of work. Finally, they attempt to relate this experience to the Italian situation.

## **Keywords:**

Anthropological nursing  
Group management  
Interpersonl Relationship  
Interpersonal skills  
Refugee  
Support systems

### **Introduzione:**

Uno degli strumenti più importanti a disposizione dell'infermiere che opera in psichiatria è l'uso costruttivo delle proprie abilità nella relazione interpersonale (Altschul, 1972)<sup>1</sup>. Le abilità interpersonali si riferiscono a quegli aspetti interpersonali della comunicazione e delle abilità sociali che le persone mettono in atto nel diretto contatto fra individui ( Kagan et al., 1986)<sup>2</sup>. La relazione interpersonale è una realtà continua e comunicante, che consiste in atti cooperativi ed intenzionali dipendenti da entrambe le persone, entrambi gli interlocutori e che produce un progresso comune ed individuale (Cazzullo, 1992)<sup>3</sup>.

La relazione interpersonale non dovrebbe essere confinata alla relazione infermiere - paziente, come avviene solitamente, ma dovrebbe essere intesa comprendere l'intera complessa area di relazioni che l'infermiere allaccia nel suo lavoro quotidiano, tenendo presente l'intera gamma di fattori che influenzano e condizionano la relazione stessa.

Una particolare enfasi va posta sul linguaggio, la cultura di appartenenza, il contesto in cui avviene la relazione, il tipo di rapporto esistente fra i soggetti della comunicazione, nonché il carico emozionale a cui è sottoposto l'infermiere. In questo lavoro viene descritta una esperienza personale vissuta in un campo profughi in Italia assistendo un ragazzo psicotico. L'intento è quello di fornire un esempio che dimostri la complessità della relazione interpersonale nell'assistenza infermieristica, quali barriere possono essere incontrate, e quale supporto può essere fornito all'infermiere.

---

<sup>1</sup>Altschul A. (1972) *Patient - Nurse interaction*, University of Edimbourgh, Dept. of Nursing Studies. Monogram 3, Churchill Livingstone: Edimburgh;

<sup>2</sup>Kagan C. et al. (1986) *A manual of Interpersonl Skills for Nurses: an experiential approach*, pp.1, Harper & Row Publ., London;

<sup>3</sup>Cazzullo C.L., *Ansia e Società Fantasma dl possibile vissuto nel futuro*, "Quaderni del corriere medico", n°13, suppl al "Corriere Medico", n° 44, 1992;

## **Revisione della letteratura**

La psicosi è il risultato di un Io debole, lo sviluppo del quale è stato inibito da una relazione simbiotica Genitore/Figlio. A causa dell'Io debole, l'uso dei meccanismi di difesa in momenti di estrema ansietà risulta inadeguato, ed il comportamento messo in atto è spesso il risultato della parte della personalità riferita all'Es. In questi casi l'assistenza infermieristica può essere assicurata necessariamente sviluppando una relazione interpersonale (Doenges M.E. et al., 1989)<sup>4</sup>.

La relazione interpersonale si esplica essenzialmente tramite la comunicazione Verbale e Non Verbale.

### **Comunicazione Verbale**

La comunicazione è definita come una interazione dove due o più persone mandano e ricevono messaggi, ed in questo processo entrambi presentano sé stessi ed interpretano l'altro ( Deaux & Wrightsman, 1984)<sup>5</sup>. La comunicazione avviene tramite parole e silenzi (Drigo et al., 1993)<sup>6</sup>. E' importante che entrambi i soggetti comprendano il linguaggio usato nella comunicazione: fatto non sempre possibile in particolare se il paziente è uno straniero (turista, immigrante, profugo ecc.). Laddove sorgano difficoltà di comprensione di carattere linguistico, dovrebbe essere utilizzato un interprete. Questi deve essere attentamente selezionato, poiché qualora non fosse un professionista dell'assistenza, potrebbe avere delle difficoltà nel fornire spiegazioni ed informazioni o nel porgere domande in modo significativo. Allo stesso modo è improprio utilizzare come interprete un parente del paziente, poiché talvolta potrebbe essere fonte di imbarazzo (Cooper, 1993)<sup>7</sup>.

### **Comunicazione non verbale**

La comunicazione non verbale è un altro aspetto della relazione interpersonale ed è espresso attraverso i movimenti e la postura del corpo (Drigo et al., 1993)<sup>8</sup>: l'infermiere deve sviluppare abilità nella comunicazione non verbale per poter intraprendere una relazione interpersonale di tipo professionale. La letteratura

---

<sup>4</sup>Doenges M.E. et al (1989) *Psychiatric Care Plans*, pp. 169-70, F.A. Daves Company, PA;

<sup>5</sup>Deaux K. & Wrightsman L.S. (1984), *Social Psychology* 5<sup>a</sup> ed. Brooks Cole, Monterey, California;

<sup>6</sup>Drigo M. L. et al. (1993) *Clinica e Nursing in psichiatria, spazio di incontro tra operatori e pazienti*, Casa Editrice Ambrosiana, MI;

<sup>7</sup>Cooper D.B. (1993) *Transcultural issues and approaches*, in Wright G. & Giddey M. "Mental health Nursing from first principles to professional practice", cap. 18, p.193;

<sup>8</sup>Op. Cit.

(Deaux & Wrightsman, 1984; Ekman P., 1972; Ekman & Friesen, 1972, 1978; Eibl & Eibesfeld, 1972; Altschul, 1972; Argile, 1978; Hall 1966) ha mostrato che si dovrebbe prestare particolare attenzione alle espressioni del volto, al contatto visivo, alla postura del corpo, al tocco, ed alla distanza fisica a causa del loro significato nella comunicazione.

*Le espressioni del volto* possono esprimere sei differenti emozioni primarie riconoscibili in tutte le culture (sorpresa, paura, odio, disgusto, felicità, tristezza). (Ekman, 1972; Ekman & Friesen, 1978; Eibl & Eibesfeld, 1972).

*Il contatto visivo*, inteso come incrocio degli sguardi, non è un vero e proprio messaggio, ma piuttosto un segnale di ricezione del segnale (Argyle, 1975). Sfuggire il contatto visivo diretto può essere interpretato come una perdita di attenzione, di interesse, o di fiducia. (Altschul, 1972).

*La gestualità e la postura del corpo* sono importanti perché spesso i gesti possono sostituire le parole (Ekman & Friesen, 1972). Sono particolarmente importanti quando esistono problemi collegati alla comprensione del linguaggio verbale, ad esempio quando infermiere e paziente non parlano la stessa lingua.

*Il toccarsi* è la più basilare delle risposte umane e si ricollega al legame del neonato con la madre (Davies, 1994). Nondimeno in ogni cultura a questo aspetto viene attribuito un valore differente (Erasmus, 1994)<sup>9</sup>.

*Lo spazio fisico interpersonale* consiste nella distanza dagli altri che ogni persona richiede ed accetta naturalmente, ed è differente e caratteristico di ogni cultura. Hall (1966) ha identificato quattro livelli essenziali di interazione sociale: precisamente lo spazio intimo, il personale, il sociale ed il pubblico, elencandoli dal più intimo a quello più esteriore e meno riservato.

### **Ostacoli culturali**

Operare in un campo profughi rende possibile il verificare l'influenza della cultura di appartenenza sulle relazioni interpersonali. Per assicurare un efficace intervento infermieristico, l'infermiere di Salute Mentale deve sempre mantenere consapevolezza e comprensione dei valori culturali, e delle credenze del proprio cliente. L'etnocentrismo<sup>10</sup>, infatti, crea una barriera alla comprensione (Cooper, 1993).

### **Relazioni con gruppi e sottogruppi**

L'infermiere che lavora in un campo profughi deve tener presente la molteplicità dei gruppi e sottogruppi che, in esso, vivono assieme. Prima di tutto c'è il gruppo

---

<sup>9</sup>Appunti delle lezioni, Erasmus Intensive Programme for the development of effective personal and interpersonal skills in the management of nursing care, Frances Harrison College, Guilford, UK, 1994.

<sup>10</sup>Etnocentrismo si riferisce al giudicare le altre culture confrontandole con la propria

dei familiari, quindi quello degli altri profughi, quello dei militari, quello delle infermiere volontarie, ed altri, ognuno dei quali vive ed agisce in un costante intreccio di interazioni simultanee.

La conoscenza della teoria dei sistemi elaborata da Bertalanaffy (1968) ed adottata da Bateson (1972) può aiutare l'infermiere in questa situazione. Questa teoria rappresenta il gruppo come un sistema di discreta entità, definito da dei confini. La permeabilità dei confini determina la tipologia del gruppo (aperto o chiuso). Il confine è importante perché controlla il contatto con gli altri sistemi. L'individuo o il gruppo sono visti come sistemi con dei confini concettuali, che possiamo definire identità o senso di Sé. Gruppi sociali di una certa entità, come un campo profughi, sono costituiti da diversi sottosistemi (i familiari, i profughi, ecc.). Ogni cambiamento in un sistema induce un cambiamento a cascata in tutti gli altri sottosistemi, teso alla ricerca di un nuovo equilibrio omeostatico.

Una famiglia con un membro psicotico è un sottosistema instabile che influenzerà la stabilità degli altri sistemi.

Altre utili teorie circa i gruppi sono quella di Bion (1961), che analizza i processi difensivi del gruppo, distinguendone due tipologie: il gruppo di lavoro ed il gruppo in assunto di base, e la teoria di Tuckman (1965) che analizza gli stadi di sviluppo del gruppo (la formazione, la fase dei contrasti, quella della normalizzazione, e quella della azione). Queste due teorie supportano l'infermiere con due quadri di riferimento sulla vita del gruppo identificando i processi a cui va incontro ed i comportamenti che vengono messi in atto in esso (Davies, 1993).

### **I sistemi di supporto per l'infermiere**

Interagire con un soggetto psicotico e, come nel caso proposto, con un gruppo complesso, sono situazioni stressanti. Molti studi infermieristici, all'estero, hanno affrontato il bisogno di assicurare sistemi di supporto per gli infermieri che operano con persone in difficoltà (Menziés Lyth, 1989; Fabricius, 1991; Wright, 1989, 1991). Infatti al fine di assicurare al cliente il più elevato livello di assistenza, l'infermiere deve essere sostenuto da un appropriato ed efficace sistema di supporto che gli assicuri la possibilità di condividere le emozioni generate negli incontri professionali con le persone (Wright, 1993).

Esistono diversi tipi di sistemi di supporto, ma due sono i più efficaci ed i più comuni: I *gruppi di supporto* e la *supervisione*.

I gruppi di supporto consistono in piccoli gruppi di infermieri che si incontrano per discutere assieme problematiche correlate con il lavoro in una atmosfera di mutua fiducia; Questo produce condivisione, confronto e identificazione. La supervisione, d'altra parte, è un processo di indagine fiduciosa, che incoraggia l'apprendimento e sviluppa la comprensione degli avvenimenti (Wright, 1993).

## **L'esperienza**

Questo caso riguarda un ragazzo psicotico polacco di quattordici anni (P.), accolto con la sua famiglia (padre e madre) in un campo profughi della Croce Rossa nel nord Italia.

Il ragazzo venne ricoverato per una improvvisa crisi psicotica acuta, in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. In quel contesto l'équipe decise che un infermiere prendesse in carico il ragazzo secondo la metodologia del Primary Nursing.

L'obiettivo principale era quello di permettere a P. di riguadagnare un ragionevole livello di relazioni sociali ed una appropriata interazione con il suo ambiente, sia con la famiglia che con gli altri, al fine di reintrodurlo nel campo profughi.

### **Prima fase**

Questa fase consistette nello stabilire una relazione di fiducia fra infermiere e cliente. Gli ostacoli principali incontrati furono:

1. di carattere linguistico, infatti nè l'infermiere né il ragazzo comprendevano il linguaggio dell'altro, e non era possibile reperire un interprete;
2. il background culturale nonché le esperienze di vita erano estremamente differenti.

Per questo non era possibile utilizzare, almeno all'inizio, la comunicazione verbale; di conseguenza fu possibile instaurare una relazione sulla base esclusiva della comunicazione non-verbale.

Fattori che favorirono la relazione furono, al contrario:

1. La relativa vicinanza d'età fra infermiere e cliente: l'infermiere aveva 22 anni mentre P. solo 14;
2. La religione del ragazzo (Cattolica). L'infermiere individuò un bisogno spirituale e lo soddisfò accompagnando P. a pregare presso un capitelletto costruito nel parco dell'ospedale.

Si deve notare che al fine di stabilire una autentica relazione empatica, l'infermiere dovette mettere da parte le credenze religiose personali. Non si intende con ciò che egli dovette cambiare le proprie credenze, ma capire ed accettare i bisogni del paziente. Al fine di prevenire conflitti interiori l'infermiere dovette sottoporsi ad un processo di acquisizione di autoconsapevolezza.

La comunicazione non-verbale fu centrata sui gesti, sul prendersi per mano, e sugli sguardi.

Il contesto prevalente degli incontri fra l'infermiere ed il cliente erano brevi passeggiate all'interno del parco dell'ospedale, questo permetteva di creare il clima tranquillo richiesto da una relazione così impegnativa. Non appena fu

raggiunta una confidenza soddisfacente, l'infermiere cominciò a cercare un modo per comunicare verbalmente. Anzitutto studiò poche ma essenziali parole polacche, quindi, assieme a P., costruì un vocabolario personale contenente sia parole polacche che italiane. In questo modo P. cominciò facilmente ad imparare la lingua italiana, riuscendo a comunicare, di conseguenza, anche con gli altri (prima solo in ospedale, successivamente anche nel campo).

### **Seconda fase:**

Questa fase consistette nelle visite orientative al campo in preparazione della dimissione.

Due pomeriggi alla settimana l'infermiere accompagnava P. al campo con l'intenzione di ristabilire il contatto con la famiglia e la restante gente del campo. In questa fase l'infermiere dovette:

1. Garantire protezione e assicurare il bisogno di sicurezza di P. rimanendo sempre presente accanto a lui. Successivamente iniziò un processo di progressiva separazione: inizialmente l'infermiere restava accanto a P. sia nella casa dei genitori, sia nel campo, quindi lo lasciò sempre più muoversi da solo all'interno del campo, assicurandosi costantemente che egli affrontasse le interazioni sociali in modo efficace ed adeguato alle situazioni;
2. Gestire i sentimenti di paura della gente del campo. Dovette rassicurare tutti sulla innocuità del ragazzo ed incoraggiarli allo stesso tempo nel coinvolgerlo in attività che potessero aiutarlo a raggiungere una vita soddisfacente ed indipendente.

### **Terza fase:**

Questa fase consistette nella dimissione di P. dall'ospedale e nella sua reintroduzione definitiva al campo, sia diurna che notturna, senza la presenza dell'infermiere. Un problema che sorse fu l'inadeguatezza della situazione abitativa della famiglia di P, la quale non garantiva la privacy richiesta dalla particolare condizione del ragazzo. Si rese necessario intervenire presso il comandante militare del campo affinché fosse loro concesso un alloggio adeguato, ed allo stesso tempo intervenire presso gli altri profughi per prevenire qualsiasi forma di gelosia o invidia nei confronti di P. e della sua famiglia.

Una volta dimesso, venne programmato che l'infermiere e P. continuassero ad avere incontri due volte alla settimana presso il campo. Durante gli stessi l'infermiere avrebbe avuto la possibilità di incontrare anche i familiari e la restante gente del campo, controllando la situazione ed eventualmente intervenire opportunamente.

### **Conclusione della esperienza:**

Nell'anno successivo P. non ebbe alcuna ricaduta, mantenne il suo benessere psicologico con un appropriato equilibrio fra riposo e sonno, dimostrando un accresciuto livello di reattività emotiva. Affrontò efficacemente le interazioni sociali e presentando una progressiva integrazione con i ragazzi della propria età e con i volontari della Croce Rossa. La famiglia e le altre persone coinvolte dimostrarono di affrontare efficacemente la situazione e di utilizzare appropriatamente le risorse.

Sfortunatamente il programma terapeutico venne improvvisamente sospeso a causa del trasferimento del campo profughi in un paese del sud Italia per ordine governativo.

### **Discussione**

Alla prima impressione, il caso proposto potrebbe apparire estremo: tuttavia se si considera l'alto tasso di immigrazione dai paesi Extracomunitari, sia dai paesi dell'Est Europa che dell'Africa, il terremoto politico-economico abbattutosi sull'Europa dopo la caduta del muro di Berlino, e non ultima la sanguinosa guerra civile nella ex-Jugoslavia, si comprende quanto sia attuale la tematica proposta.

In questo caso la prima barriera alla relazione appare essere il linguaggio. Come descritto nessuno dei due soggetti era in gradi di comprendere la lingua dell'altro. L'infermiere ha provato a rivolgersi a P. in differenti linguaggi (Inglese e Russo) senza successo. Questo all'inizio produsse nell'infermiere sentimenti di frustrazione e di impotenza, che però stimolarono allo stesso tempo, ed in modo naturale, lo sviluppo delle abilità non verbali al fine compensare il deficit comunicativo.

In una interpretazione generale di questa esperienza, gli autori sottolineano il fatto che è possibile incontrare barriere alla comunicazione non verbale non solo assistendo persone di nazionalità differente dalla propria, ma anche assistendo connazionali; ci si riferisce a persone appartenenti a minoranze etniche e persone che parlano esclusivamente il dialetto della zona d'origine. Non si può dimenticare che in Italia esistono molti gruppi etnici, e che l'uso del dialetto è molto radicato specie nelle zone rurali.

Nel caso descritto la difficoltà era aggravata dalla assoluta impossibilità di reperire una interprete persino all'interno del gruppo familiare. L'infermiere dovette quindi trovare un modo alternativo per avviare la relazione: la comunicazione non-verbale e l'empatia hanno avuto in questo senso un ruolo decisivo. Prestando particolare attenzione ai messaggi non verbali inviati dal

cliente, l'infermiere fu in grado di cogliere l'occasione favorevole per entrare in contatto. Questo fu identificato nel bisogno di pregare accanto al Capitello. Il soddisfare questo bisogno aveva creato un clima di fiducia che fu il punto di partenza per una relazione maggiormente significativa.

Interpretare messaggi non-verbali è una abilità che può essere imparata efficacemente da un infermiere solamente attraverso l'esperienza personale poiché è impossibile una reale comprensione del significato della comunicazione non-verbale attraverso la sola lettura di un libro. I fattori della comunicazione non-verbale riscontrati come maggiormente rilevanti nella esperienza descritta sono stati:

1. l'osservazione della mimica facciale, ed un suo uso esplicito da parte dell'infermiere sono state fondamentali nella creazione di un vocabolario comune. infatti l'espressione facciale (affermativa o interrogativa) aiutava a correggere o a chiarire il significato delle parole utilizzate.
2. Il contatto degli sguardi che trasmetteva la volontà di comunicare ed assicurava un corretto feed back della comprensione del messaggio;
3. Mantenere un adeguata distanza interpersonale e, se necessario, un contatto fisico (ad esempio il tenersi per mano) aumentava la fiducia e la mutua confidenza.

Un'altra barriera che è sorta nella relazione fu la differenza del background culturale. All'inizio l'infermiere dovette cercare di capire la realtà sociale e culturale del cliente, quindi calarla nel contesto del tutto straordinario del campo profughi.

Questa esperienza obbligò l'infermiere ad operare non con un solo cliente, ma con una intera comunità nella quale vi erano molteplici sottogruppi, con ruoli, regole, e gerarchie che l'infermiere dovette imparare a riconoscere. E' possibile in particolare identificare i seguenti sottogruppi:

1. La famiglia di P.;
2. I gruppi familiari degli altri profughi;
3. Le infermiere volontarie della Croce Rossa;
4. Lo staff militare della Croce Rossa;
5. Altre persone significative (assistenti sociali, polizia e altri).

Ciascuno di questi gruppi aveva al suo interno, e rispetto al campo, le proprie gerarchie e ruoli nonché le proprie aspettative e necessità nei confronti della situazione di P. e dell'infermiere. Quando ci sono molti gruppi diventa difficile gestire tutte le differenti aspettative che spesso possono essere in conflitto reciprocamente.

L'infermiere dovette quindi intervenire su molteplici fronti. Dovette mantenere una relazione diretta con ciascun gruppo, assumendo il ruolo di mediatore delle

loro interazioni. Come spiegato dalla citata teoria dei sistemi, ogni cambiamento all'interno di un gruppo deve essere considerato come una potenziale fonte di cambiamento nella armonia degli altri. Così il ricovero di P. creò una reazione ansiosa in tutti i gruppi che aumentò al momento della dimissione. Sebbene le possibili reazioni dei vari gruppi all'interno del campo vennero discusse nella équipe psichiatrica, fu comunque molto difficile prevenirle efficacemente. Venne deciso di spiegare che P. non era aggressivo né pericoloso e di garantire, per qualsiasi evenienza, la presenza dell'infermiere al campo durante le visite di orientamento. Un rischio che venne preso in considerazione fu quello che P. potesse essere considerato dalla comunità come un ragazzo "diversa" e quindi venisse emarginato. Il miglior modo di attenuare l'ansia nella comunità si rilevò comunque il diretto contatto con il ragazzo: lentamente ma facilmente si appianarono tutte le paure.

L'infermiere dovette intervenire durante ciascuna fase del programma per gestire e quando possibile, prevenire ogni forma di ansietà dei differenti gruppi. Un momento cruciale si ebbe quando venne richiesto un nuovo alloggio. Si tenga in considerazione che le condizioni in cui erano costrette a vivere tutte le famiglie del campo erano di estremo disagio, infatti a ciascun nucleo era assegnata una stanza di circa 5 metri quadri all'interno di container della protezione civile dotati di quattro stanze e due bagni (comuni) ciascuno. Tale richiesta era considerabile come potenziale causa di problemi come causa di invidie e gelosie. Quindi l'infermiere intervenne per spiegare il motivo del privilegio concesso alla famiglia di P. in modo da favorire una corretta percezione di P. non come un "diverso" ma come bisognoso di particolari attenzioni.

Dalla discussione esposta fino a questo punto, emerge chiaramente quanto l'infermiere fosse esposto a gravosi carichi emotivi e di responsabilità. Sebbene, nell'assistere P. non fossero disponibili, come prevede la letteratura, momenti appositamente dedicati al supporto del personale infermieristico, vi erano momenti più o meno strutturati all'interno dei quali era comunque possibile una esternazione e rielaborazione delle emozioni. Quasi quotidianamente, infatti, la struttura di appartenenza dell'infermiere teneva riunioni dell'équipe psichiatrica dedicate alla programmazione e discussione dei programmi terapeutici. Durante queste occasioni, venivano discussi gli interventi e le decisioni prese da ciascun membro in un modo analogo alla supervisione. Questo permetteva di discutere ed analizzare le proprie azioni. nel corso delle riunioni venivano anche di sovente espresse le emozioni ed i vissuti, il che permetteva un allentamento della tensione accumulata nell'operare quotidiano. Altri momenti meno formali venivano inconsciamente utilizzati per condividere i carichi emotivi, fra questi le pause caffè erano i più frequenti. Tuttavia nessuno dei momenti descritti fornivano un supporto completo ed efficace a causa della loro non specificità.

## **Conclusioni**

Nessuno dei temi affrontati in questo lavoro sono stati discussi in modo esaustivo poiché ognuno avrebbe richiesto una trattazione a sé stante, né questa era intenzione degli autori. Il loro obiettivo era quello di descrivere una esperienza di assistenza infermieristica in un campo profughi nella sua complessità, nonché di stimolare la riflessione sulla molteplicità dei temi che un infermiere di salute mentale si trova ad affrontare quotidianamente. Da questa prospettiva possono essere colti degli importanti temi da considerare nella programmazione dei curricula formativi nonché nella organizzazione dei servizi.

Se l'infermiere non è preparato ad affrontare tali situazioni, non può garantire un'assistenza efficace. I programmi formativi degli infermieri abbisognano di una maggiore attenzione negli aspetti concernenti la relazione interpersonale. Altresì dovrebbero essere considerati i temi della antropologia culturale, della relazione in contesti gruppalari, nonché del supporto psicologico. L'enfasi legislativa sulla assistenza nel territorio dovrebbe agire da stimolo per scardinare l'attuale concezione della malattia. Infatti, viene ancora considerato esclusivamente il malato se non addirittura la sola malattia e nel solo contesto ospedaliero. Il modello Biomedico è ancora profondamente radicato in Italia, sebbene lentamente stia emergendo il modello olistico, nel quale la relazione interpersonale è fondamentale. L'attuale concezione del cliente come malattia implica il suo isolamento concettuale dal nucleo a cui appartiene (familiari, amici ecc.).

Questa situazione si riflette nei programmi formativi, i quali non preparano minimamente ad affrontare situazioni all'esterno dell'ospedale e tantomeno situazioni di gruppo. Si devono infine aggiungere la scarsa popolarità che hanno sistemi di supporto come la supervisione, essendo visti come momenti di controllo piuttosto che di aiuto.

La professione infermieristica in Italia deve necessariamente correggere i propri programmi di studio e l'organizzazione dei servizi in cui opera alla luce delle considerazioni poc'anzi espresse, nonché impegnarsi culturalmente all'affermazione del modello olistico a scapito di quello biomedico nella concezione della salute.

## Bibliografia

1. Altschul A. (1972) *Patient - Nurse interaction*, University of Edimburgh, Dept. of Nursing Studies. Monogram 3, Churchill Livingstone: Edimburgh;
2. Argyle M. (1975) *"Body Communication"* Methuen, London;
3. Argyle M. (1978) *"The Psychology of Interpersonl Behaviour"* 3<sup>^</sup> ed. Penguin, Harmondsworth;
4. Bateson G. (1972) *"Steps to an Ecology of Mind"* Ballantine, NY (trad it. *"Verso una Ecologia della mente"* Adelphi, MI, 1976, 1983 III ed.)
5. Bertalanaffy L. V. (1968) *"General Sitemis Theory"*, Braziller NY - trad. it. di E. Bellone *"Teoria generale dei sistemi"* ISEDI - MI - 1971,76;
6. Bion W.R. (1961) *"Experiences in groups"* Tavistock, London;
7. Cazzullo C.L., *Ansia e Società Fantasma dl possibile vissuto nel futuro*, "Quaderni del corriere medico", n°13, suppl al "Corriere Medico", n° 44, 1992;
8. Cooper D.B. (1993) *Transcultural issues and approaches*, in Wright G. & Giddey M. "Mental health Nursing from first principles to professional practice", cap. 18, p.193;
9. Davies P. (1994) "Non-Verbal Communications with Patients", *British Journal of Nursing* 3:5 220-223;
10. Deaux K. & Wrightsman L.S. (1984), *Social Psycology* 5<sup>^</sup> ed. Brooks Cole, Monterey, California;
11. Doenges M.E. et al (1989) *Psychiatric Care Plans*, pp. 169-70, F.A. Daves Company, PA;
12. Drigo M. L. et al. (1993) *Clinica e Nursing in psichiatria, spazio di incontro tra operatori e pazienti*, Casa Editrice Ambrosiana, MI;
13. Eibl-Eibesfeldt I. (1972) "Similarities and Differences between cultures in expressive movements" in Robert A. Hinde (ed.), *Non Verbal Communication*, Cambridge University Press, Cambridge)- ed. italiana: *La Comunicazione non Verbale*, La Terza, Bari - 1974);
14. Ekman P. & Friesen W.V. (1972), "Hand Movements", *J. Communication*, 22: 253-374;
15. Ekman P. & Friesen W.V. (1978), *"Facial Action Coding System"*, Consulting Psychologists Press, NY;
16. Ekman P. (1972) *"Universal and cultural differences in Facial Expression if Emotions"*, University of Nebraska Press.
17. Fabricius J. (1991) "Running on the Spot, or Can Nursing Really Change?", in *Psychoanalitic Psychotherapy*, 5-2, Charlesworth & co. ltd. Huddersfield;

18. Garrido Abejar M. & Serrano Parra D. (1990) "Comunicacion Terapeutica y Cuidado" *Revista ROL de Enfermeria* 147: 123-127;
19. Hall E.T. (1966) "*The Hidden Dimension*", Doubleday - NY - trad. it. "*La Dimensione Nascosta*" Bompiani - MI - 1980;
20. Kagan C. et al. (1986) *A manual of Interpersonl Skills for Nurses: an experiential approach*, pp.1, Harper & Row Publ., London;
21. Menthies Lyth I. (1989) "Staff support systems: Task and Antitask in Adolescent Institutions", in *Containing Axiety in Institutions*, Free Association Books, London;
22. Tuckman B.W. (1965) "Developmental sequence in small groups" *Psychological Bullettin*, 63,6;
23. Wrght H. & Giddey M. (1993) "*Mental Health Nursing*" Chapman & Hall, London;
24. Wright H. (1989) "*Groupwork: Perspectives and Practice*" Scutari - London;
25. Wright H. (1991) "The Patient, the Nurse, His Life and Her Mother: Psychodinamic Influence in Nurse Education and Practice", *Psychoanalitic Psychotherapy*, 5-2, Charlesworth & co. ltd. Huddersfield;