

L'altra faccia della luna, l'esperienza a contatto con la violenza nella crisi psicotica

Estratto dalla tesi di diploma per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica
Scuola D.A.I. - Università di Roma "La Sapienza"

Paolo Barelli, 1996
Relatrice DAI, Dott. Prof. a C. Julita Sansoni

Introduzione

L'infermiere dei Servizi di Salute Mentale è la figura, fra tutte le figure sanitarie, che vive più intensamente e realmente la quotidianità del rapporto interpersonale con la persona sofferente. E' anzi proprio per mezzo di questo rapporto, che esplica la propria funzione assistenziale. Utilizzando in modo consapevole e professionale il rapporto interpersonale, l'infermiere mette in atto una relazione di aiuto, che Parse (1981) definisce come "l'arte interpersonale della presenza reale" (*True Presence*) ampliandone il significato con il concetto di condivisione di una situazione di vita. Proprio questa peculiarità porta l'infermiere ad essere costantemente di fronte alla manifestazione enigmatica ed aliena del mondo psicotico. L'esperienza di tale situazione, più volte ripetuta nel corso degli anni trascorsi come infermiere in un centro di salute mentale, ha dato lo stimolo per lo studio che qui si vuole proporre.

Lo studio si propone di indagare cosa venga mosso nell'infermiere in una relazione distorta dal disturbo comunicativo del segno psicotico. In altre parole si vuole descrivere il vissuto dell'infermiere che assiste la persona mentre attraversa l'esperienza psicotica. La manifestazione più drammatica si ha nei momenti critici dell'esperienza: la "crisi psicotica", espressione della rottura di un equilibrio che deve essere ritrovato in una nuova forma. Questa considerazione ha portato a

focalizzare ulteriormente il tema dello studio che si vuole proporre, ed ha fatto nascere la domanda di ricerca sulla quale è fondato:

Quale vissuto descrive l'infermiere che si trova ad interagire in una relazione d'aiuto nel momento in cui il suo assistito esprime con manifestazioni violente il momento di crisi della sua esperienza psicotica?

Fenomeno di interesse

Altschule scriveva nel 1973 "L'idea popolare della malattia mentale è di violenza, aggressione e di pericolo. Questa idea è spesso espressa dagli infermieri neo-assunti che chiedono del paziente pericoloso e di come sia possibile proteggersi e controllarlo. L'infermiere esperto sa che la violenza è estremamente rara". Questo brano, anche se datato, è ancora estremamente attuale. Lo conferma, ad esempio, un episodio occorsoci di recente, discutendo con una infermiera che opera da alcuni anni in un servizio di malattie infettive, la quale esprimeva il terrore che le nasceva al solo pensiero di essere trasferita in un servizio di salute mentale: "non saprei come reggere lo sguardo, la violenza". Dunque, anche se ritenuto di rara evenienza, rimane un episodio altamente problematico, specie nella fantasia di chi si sente, ad esso, potenzialmente esposto.

Non necessariamente questo momento deve essere inteso in senso negativo; ad esempio il termine utilizzato dai cinesi per definire il concetto di "crisi" è *Wei-Ji* rappresentato dai monogrammi "pericolo" ed "opportunità" (Capra, 1994), che stanno ad indicare la crisi come un momento di evoluzione verso un futuro che può essere tanto costruttivo quanto distruttivo. Tuttavia la crisi si manifesta con *segn*i molto forti, il più impressionante dei quali, anche dal punto di vista dell'immaginario collettivo, è la comunicazione attuata attraverso un modello

comportamentale aggressivo: **la violenza**, definita dal Dizionario Grolier come l'uso impetuoso della forza senza freno o discernimento in danno altrui (Niccoli e Martellotti, 1981).

Una lettura fenomenologica dell'atto violento impone però il tentativo di comprendere il significato attribuito allo stesso da chi lo ha agito, più che la sua classificazione quale sintomo caratteristico di una fase di scompenso della psicosi.

La schizofrenia, forma classica di psicosi, può essere letta in chiave fenomenologica come una modalità di essere-nel-mondo molto distante dalla modalità in cui si riconosce la maggior parte di noi. A tal punto distante da isolare lo schizofrenico in un non-mondo (Borgna, 1995) contrapposto al mondo-della-vita..

Il contatto che egli ha con il mondo-della-vita, come del resto ognuno di noi, è il corpo, o meglio l'esperienza vissuta del proprio corpo nel mondo, che lo fa e ci fa sentire esseri unitari partecipi totalmente alla vita. La psicosi, lacerando l'immagine corporea, distrugge la unitarietà dell'essere, e porta lo schizofrenico a rifiutare il proprio corpo, in quanto fonte di unitarietà, ed a ritirarsi in un mondo incorporeo e fantastico. Il corpo viene vissuto come un qualche cosa di pericoloso che può rigettare nel mondo-della-vita strappando lo schizofrenico dal terribile, ma allo stesso tempo rassicurante, mondo incorporeo nel quale si è rifugiato, e nel quale egli si sente onnipotente (Galimberti, 1979). In questa condizione l'aggressività può essere compresa come un tentativo di difendere la propria esistenza incorporea, minacciata da altri esseri che tentano di interagire con il corpo, che, sebbene non venga riconosciuto come proprio, è comunque il tramite che getta lo schizofrenico nel mondo che egli ha rifiutato.

L'infermiere che opera nei servizi di salute mentale ha il difficile compito di aiutare lo schizofrenico a trovare un nuovo modo di esistere che gli permetta di accettare il mondo-della-vita. Questo passaggio da un modo di esistere ad un altro, da un modello di relazione con il mondo, ad uno diverso viene definito da Parse (1981, 1992) Co-trascendenza. Secondo Parse (1991), il rapporto diadico Infermiere-Paziente diventa il propulsore verso la *co-trascendenza*. Attraverso la relazione l'infermiere aiuta il paziente a superare la situazione esistenziale nella quale si trova, caratterizzata da un modello di relazione con il mondo circostante tragicamente distante dalle necessità del paziente stesso. La relazione infermiere-paziente diventa il mezzo che facilita il passaggio ad un nuovo e diverso modello di interazione fra il paziente ed il mondo che lo circonda. Questo mondo, che chiameremo Universo, comprende secondo Parse(1981) tutto ciò che è "multidimensionalmente" altro dal paziente; altro non solo in termini fisici ma anche psicologici e fantastici (sogni, speranze, preconcetti e convinzioni).

Nella teoria di Parse (1981, 1987, 1992) ogni uomo "co-crea modelli ritmici di relazione con l'universo". Questo significa che l'uomo interagisce con l'universo che lo circonda creando un preciso ed unico modello di relazione. Gli scambi reciproci di interazioni avvengono secondo un ritmo tipico di quel particolare modello. Il ritmo può essere sincronizzato, cioè essere compatibile con le necessità multidimensionali delle due parti del modello (uomo e universo) o meno. La sincronizzazione un concetto importante nella teoria della Parse perché è il momento fondamentale che permette la crescita di tutte le parti costituenti il modello.

L'infermiere che si mette in relazione con il paziente attraverso l'arte interpersonale della presenza reale, diviene per l'assistito una parte altamente

visibile e significativa dell'Universo e con il quale "co-crea modelli ritmici di relazione".

Noi abbiamo riletto questa affermazione ribaltandone i termini. Si ritiene che anche l'Infermiere possa essere visto come Uomo che co-crea modelli ritmici di relazione con il "suo" Universo. Il paziente, quindi, a sua volta diventa parte altamente visibile e significativamente interagente dell'Universo dell'Infermiere.

La relazione interpersonale comporta una crescita ed una evoluzione sia nel paziente che nello stesso infermiere. Con una metafora è possibile identificare l'insieme Infermiere-Paziente-Relazione Interpersonale nella Luna, la quale ha una faccia visibile e l'altra nascosta. In letteratura viene abbondantemente indagata una faccia di questa luna, il paziente e la relazione interpersonale a lui diretta, nella metafora allora questi termini appaiono come la faccia visibile. Al contrario molto poco si riesce a trovare circa l'infermiere ed il suo essere in relazione con il paziente colto dal disturbo psicotico, ovvero "l'altra faccia della Luna".

Revisione della letteratura

Sebbene i testi di nursing psichiatrico affrontino almeno in un capitolo il tema del paziente "violento" è difficile reperire materiale che affronti l'aspetto del vissuto dell'operatore.

Dall'analisi della letteratura sembrerebbe difficile riuscire a descrivere in modo standardizzato la violenza e l'aggressione. Appare difficile valutare la gravità di un atto violento. Come risulta ad esempio nello studio proposto da Morrison (1993), infermieri con diversa esperienza o istruzione attribuiscono livelli di gravità discordanti fra loro ad episodi simili. D'altra parte anche la percezione dell'aggressione da parte degli infermieri appare molto eterogenea (Finnema et al, 1994). Comunque sembrerebbe che in tutti gli infermieri aggrediti insorgano

sentimenti di paura e, in un secondo tempo, la necessità di rielaborare i sentimenti provocati da questi episodi (Holznect e Slucca, 1990; Frizzera, 1990; Altschule, 1973). Complessivamente, infine, la letteratura mostrerebbe l'infermiere di salute mentale molto attento alla considerazione della soggettività del suo assistito, riportando ogni episodio, e quindi anche l'episodio violento, nella specificità di ogni singola situazione.

Quadro concettuale di riferimento

L'oggetto dello studio, il vissuto dell'uomo, non è una entità misurabile empiricamente per mezzo di strumenti statistico-quantitativi, tipici della metodologia di indagine positivista, piuttosto una entità che necessita di una descrizione nelle sue caratteristiche qualitative. Questo ci introduce in un campo del tutto diverso, tuttavia complementare, a quello utilizzato nei più frequenti lavori di ricerca scientifica.

I metodi di ricerca qualitativa sono sempre più frequentemente utilizzati anche negli studi di carattere infermieristico (Burnard, 1991). Tale metodologia, a differenza di quella quantitativa, non è tesa a descrivere il fenomeno studiato attraverso i numeri, piuttosto ne indaga le qualità e la percezione che l'essere umano ha nei confronti del fenomeno. Ne risulta perciò una descrizione soggettiva, fenomenologica anziché oggettiva, e positivista. Tuttavia non per questo essa è meno significativa della metodologia quantitativa. Anzi è un valido strumento per raggiungere una più completa comprensione dei fenomeni che coinvolgono l'essere umano, come sono, del resto, i fenomeni di interesse infermieristico.

Ci è sembrato importante ricercare un modello teorico generale che ci fornisse una chiave di lettura della esperienza. Si è deciso di adottare la teoria dell'Uomo

in *Divenire* di Rosemarie Rizzo Parse (1981, 1987, 1992) per più motivi: anzitutto è una macro-teoria del nursing, quindi è adatta ad interpretare aspetti della pratica professionale infermieristica; inoltre, traendo origine nella filosofia fenomenologica, è tesa alla interpretazione delle esperienze dell'uomo ed è coerente con la nostra visione del mondo; infine l'autrice ha sviluppato una precisa metodologia della ricerca ontologicamente fondata sui principi della teoria e specificamente strutturata per indagare fenomeni d'interesse infermieristico (Parse, 1987).

La metodologia utilizzata

La metodologia della ricerca derivata dalla Teoria dell'Uomo in *Divenire* di R.R. Parse (1987), ed utilizzata in questo studio, è una metodologia fenomenologica in quanto i fenomeni oggetto dello studio sono le esperienze come vengono descritte dalle persone che le hanno vissute. Esse devono essere esperienze di salute universali (Parse, 1995). La metodologia prevede più momenti:

selezione dei partecipanti

impegno dialogico

estrazione e sintesi

interpretazione euristica.

Selezione dei partecipanti

In termini qualitativi la selezione dei partecipanti corrisponde al campionamento. Parse (1995, p.153) definisce i partecipanti allo studio come "persone in grado di descrivere con parole, simboli, metafore, poesia, o disegno il significato della esperienza oggetto dello studio".

Il presente studio ha coinvolto un campione volontario di comodo di cinque infermieri operanti in alcuni servizi di salute mentale del centro e del nord Italia (tre femmine e due maschi), che avevano almeno un anno di anzianità presso il servizio. La numerosità del campione è accettabile in quanto risponde ai requisiti del campionamento teorico, che secondo Parse (1987,1991) è accettabile quando compreso fra due e dieci partecipanti; è ulteriormente stato confermato dalla ridondanza emersa nelle trascrizioni (Streubert e Carpenter, 1995).

Impegno dialogico

Parse (1995, p. 153) sottolinea che "non si tratta di una intervista, ma piuttosto di una discussione fra il ricercatore ed il partecipante, in atteggiamento di presenza reale, focalizzato sul fenomeno oggetto dello studio così come descritto dal partecipante. Il dialogo va registrato, e quando possibile videoregistrato".

Le conversazioni di ricerca intrattenute con i partecipanti al presente studio sono state condotte, in un luogo confortevole ed appartato, con l'ausilio di una lista di domande guida. Essendo state audioregistrate in un secondo tempo sono state trascritte integralmente.

Estrazione - Sintesi

Attraverso questo procedimento, che corrisponde all'analisi delle trascrizioni, si estrapolano le essenze dell'esperienza dalla forma linguistica del partecipante concettualizzandole nel linguaggio scientifico, per andare a descrivere la struttura dell'esperienza (Parse, 1995 p. 153). E' un processo che richiede grossa concentrazione ed un particolare atteggiamento di immersione nelle trascrizioni da parte del ricercatore (Parse, 1995), che corrisponde all'epoché fenomenologica (Gius, 1978), al fine di isolare il significato dell'esperienza come descritta dai

partecipanti. La struttura che emerge da questo processo è la risposta alla domanda di ricerca (Parse, 1995, p.153).

Nel presente studio l'estrazione sintesi è stato un processo lungo che ha permesso di isolare cinque strutture fondamentali della esperienza della violenza nella crisi psicotica, che, successivamente, sono state messe in relazione formando un prototipo di modello teorico dell'esperienza.

Interpretazione euristica

Corrisponde alla fase più interpretativa della metodologia, ed è il tentativo di ricollocare le strutture emerse dalle trascrizioni nel processo di estrazione e sintesi, all'interno della teoria generale dell'Uomo in Divenire. Si tenta di descrivere le strutture emerse secondo i principi su cui è basata la teoria di Parse. Si è deciso di non riportare l'interpretazione euristica in questa sede in quanto si preferisce dare spazio alla discussione delle strutture emerse piuttosto che alla loro ricollocazione in ambito teorico, per la quale si rimanda eventualmente alla lettura dell'elaborato prodotto per la discussione della tesi di diploma.

Risultati

Il processo di Estrazione-Sintesi delle trascrizioni ha permesso di fa emergere ed isolare cinque strutture fondamentali dell'esperienza:

- 1. il significato attribuito dall'infermiere alla crisi psicotica ed alle sue manifestazioni;*
- 2. le emozioni vissute dall'infermiere nel momento in cui attraversa l'episodio violento, ed in particolare la paura;*

3. *le modalità di gestione delle emozioni scaturite durante l'episodio di violenza messe in atto dall'infermiere;*
4. *il significato e la percezione della relazione infermiere-paziente da parte dell'infermiere, nel momento dell'episodio di violenza;*
5. *il significato attribuito ai colleghi durante l'episodio di violenza.*

Il processo di estrazione e sintesi ha permesso di individuare una proposizione per ciascuna struttura in ciascuna trascrizione delle conversazioni con i partecipanti. Dalle cinque proposizioni sono stati estratti i concetti cardine che hanno successivamente costituito le strutture dell'esperienza così come descritta dai partecipanti. A titolo esemplificativo viene riportato, in alcune tabelle, parte dell'intero processo di ricerca. Nella tabella 1 viene proposto il processo di estrazione sintesi di una trascrizione, relativo alla struttura delle emozioni. Nella tabella 2 vengono riportate le proposizioni dei cinque partecipanti relative alla struttura della paura, dalle quali sono stati estratti i concetti cardine.

La percezione della crisi psicotica

Le proposizioni dei cinque partecipanti hanno permesso l'estrazione di otto concetti cardine:

1. possibilità del processo del divenire umano
2. asincronia nel ritmo delle interazioni uomo-universo
3. rinforzo della prefigurazione delle possibilità di distruzione
4. mobilitazione della trascendenza verso un mondo non mondano
5. rappresentazione non armonica del significato dell'universo
6. esteriorizzazione attraverso il linguaggio della rabbia e della violenza

7. ricerca di una nuova sincronia nel ritmo delle interazioni con l'infermiere
8. attribuzione di nuovi significati alla crisi con l'accrescere dell'esperienza

Da questi concetti è stato possibile sintetizzare la seguente struttura:

"La crisi è una possibilità nell'inarrestabile processo del divenire uomo-universo, caratterizzata da modelli di relazione ritmicamente asincroni, rafforzati da interazioni con significato provocatorio, che rafforzano la prefigurazione di una evoluzione verso possibilità di distruzione, mentre mobilitano la trascendenza verso un mondo non mondano;

la crisi origina dalla rappresentazione non armonica del significato attribuito all'universo dalla persona in crisi mentre si esteriorizza multidimensionalmente per mezzo del linguaggio della rabbia, aggressività e violenza;

simultaneamente, la persona in crisi ricerca una nuova sincronia nel ritmo, attraverso l'angosciante interazione con l'infermiere, il quale, con l'accrescere dell'esperienza, attribuisce alla stessa nuovi significati."

La crisi psicotica è risultata essere percepita dall'infermiere come una delle infinite possibilità di cocreazione di modelli uomo-universo caratterizzata dal mancato sincronismo. Questo significa che il paziente è percepito come una persona che non riesce a raggiungere una "intesa" fra il suo modo di esistere e le modalità di esistere della realtà che lo circonda. Tuttavia viene vista come una possibilità in evoluzione. A conferma di questo si può citare quanto affermato dal quarto partecipante: "... E' un itinerario che il paziente deve percorrere...". Viene Percepita come un momento di estremo disagio per il paziente in quanto questo modello di relazione non può che portare alla prefigurazione della distruzione,

ovvero il paziente non può che pensare di andare verso un futuro del tutto a lui sfavorevole. Più di un partecipante infatti ha descritto il paziente come una persona molto angosciata e spaventata. Questo appare in accordo con quanto descritto nello studio di Finnema et. al (1994) dove si afferma che gli infermieri non attribuiscono alla crisi un significato negativo.

Un altro aspetto della percezione della crisi è relativo alla origine dell'aggressività, che appare attribuita alla attribuzione di significato alla interazione distorta che il paziente ha con l'universo. Il paziente non essendo in grado di cocreare un modello soddisfacente attribuisce un certo significato alle interazioni che ritornano a lui dal suo universo e le esteriorizza attraverso la rabbia e la violenza. Questo aspetto appare importante per la comprensione del vissuto dell'infermiere nei confronti della aggressione, la quale se viene spiegata in questi termini è più facilmente accettata e di conseguenza superata. Anche questo aspetto concorda con quanto emerso dallo studio di Finnema et al. (1994) dove si afferma che esiste un disaccordo tra quanto percepito dagli infermieri e quanto affermato dal NANDA circa l'origine della aggressione.

Il paziente infine viene percepito dai partecipanti allo studio, come una persona che è comunque alla ricerca di un nuovo sincronismo nel ritmo delle interazioni con l'universo. Quindi nel suo modo distorto di comunicare gli infermieri leggono una richiesta di aiuto. A questo proposito si può citare il secondo partecipante che afferma "... Nella crisi l'unico modo di comunicare è l'aggressività, fisica o verbale...", come il quinto quando afferma che "... Il paziente tira fuori di sé alcune cose e le mette dentro di te, sentendosi meglio; aggredisce te pensando di aggredire la parte di sé che non accetta...".

Tab. 1 - esempio di processo di estrazione-sintesi (estratto dalla trascrizione del quarto partecipante)

Paura

Estrazione (Linguaggio del Partecipante)	Sintesi (Linguaggio del Ricercatore)
Si ha paura delle conseguenze fisiche, del dolore, di una aggressione	La paura è la prefigurazione della evoluzione verso una possibilità di distruzione, di dolore, che origina dalla aggressività dell'utente
Si ha paura di essere travolti dalla paura e di non riuscire a lavorare	La paura rafforza la prefigurazione di una evoluzione verso l'impossibilità nella sincronizzazione del ritmo con il cliente
Si ha paura di essere scoperti ad avere paura, e che questo possa scatenare una reazione nel paziente	
La paura è un qualche cosa che ti stringe, e potresti scappare se ne perdi il controllo	La paura limita la libertà di scelta delle possibilità di evoluzione nel modello di relazione,
Prima c'è la paura e poi l'allerta	
E' preferita una situazione che si è vista nascere piuttosto che giungere quando essa è già nata.	
Si pensa al rischio delle persone, per sé o per gli altri	
Proposizione:	
La paura è la prefigurazione della evoluzione del modello di relazione verso una possibilità di distruzione e di dolore, per sé o per gli altri, che origina dalla aggressività dell'utente; rafforza la prefigurazione di una evoluzione verso una asincronia nel ritmo del modello, mentre ne limita la libera scelta delle possibilità evolutive.	

Le emozioni suscitate dalla crisi psicotica

Le emozioni scaturite dall'aggressione si riferiscono essenzialmente alla paura nelle sue varie espressioni. I concetti cardine estratti dalle proposizioni dei cinque partecipanti sono:

1. prefigurazione di una possibilità distruttiva, asincronia del ritmo nel modello interattivo del divenire;
2. inconsapevole, ambivalente e multidimensionale attribuzione di significato al modello ritmico di relazione;
3. avvicinamento alle possibilità di immobilizzazione nel presente;
4. allontanamento delle possibilità di relazioni costruttive;
5. limitazione delle possibilità di scelta;

6. mobilitazione della trascendenza verso modelli di relazione costruttivi attraverso il simultaneo consentire la razionalità e limitare la emotività;
7. origine nella violenza ed aggressione;

Dalla sintesi dei concetti cardine è emersa la seguente struttura:

La paura è una inconsapevole, ambivalente e multidimensionale attribuzione di significato di violenza ed aggressione al modello ritmico di relazione, che, mentre limita le possibilità di scelta, spinge alla prefigurazione di una possibilità distruttiva, riconosciuta nell'asincronia del ritmo nel modello interattivo del divenire;

la paura è regolata dal paradossale ritmo dell'avvicinare le possibilità di immobilizzazione nel presente distruttivo e dell'allontanare le possibilità di relazione costruttive, mentre il simultaneo consentire la razionalità e lo scorrere del tempo, ed il limitare l'emotività mobilitano la trascendenza verso modelli di relazione costruttivi;

L'infermiere nelle descrizioni dei partecipanti risulta provare essenzialmente paura, sebbene nelle più varie sfumature. Questo risulta anche da quanto affermato da più autori (Borzaga, 1990; Holznecht e Slucca, 1990; Frizzera, 1990; Altschule, 1973).

Il primo concetto che risalta nella struttura relativa alla paura è che questa è essenzialmente un attribuzione di significato alla situazione vissuta. Quindi la paura nasce da una interpretazione individuale della realtà che viene riconosciuta come violenta e potenzialmente distruttiva. ciò avviene sia a livello conscio sia preconscio, quando ad esempio il significato viene attribuito sulla base della pregressa esperienza, o su base istintuale, che potrebbe anche essere in accordo con quanto affermato da Damasio (1994) circa le Emozioni Primarie. Egli

afferma che l'uomo è predisposto a rispondere con una emozione, in modo preorganizzato, quando vengono percepite dal mondo esterno certe caratteristiche di stimoli quali la dimensione, l'estensione, il tipo di movimento, o certi suoni. L'associazione della risposta corporea a tali stimoli, alla consapevolezza della correlazione di questa all'oggetto che la ha determinata viene definita da Damasio Emozione Primaria. La conservazione inconscia del ricordo di una esperienza di emozione primaria dunque potrebbe essere utilizzata per confermare l'attribuzione di significato a livello inconscio.

Continuando si riscontra che il significato attribuito alla situazione di violenza è di possibile distruzione dell'infermiere. Il quarto partecipante ad esempio afferma che "... si ha paura delle conseguenze fisiche, del dolore di una aggressione...". Ma anche della possibile reazione distruttiva che può avere lo stesso infermiere nei confronti del paziente. Il primo partecipante in proposito afferma che "... mi fa più paura la possibilità di una mia reazione sbagliata di fronte a certe situazioni... C'è la paura delle proprie reazioni/emozioni nelle situazioni di estrema tensione, poiché non le si conosce... si ha paura di aggredire a nostra volta il paziente...". Questo è in accordo con quanto descritto da Frizzera (1990). Inoltre la descrizione delle reazioni fisiche alla paura che alcuni partecipanti fanno risulta concorde con quanto affermato, e già citato, da Damasio (1994). "... La paura è una forte scarica di adrenalina che parte dalla punta dei capelli fino ai piedi e che ti paralizza...".

La violenza inoltre sembra limitare le possibilità di scelta nella cocreazione di modelli di relazione dell'infermiere con l'universo, in quanto egli è sopraffatto dalla prefigurazione della possibilità di distruzione, che gli impedisce di mobilitare la trascendenza verso possibilità costruttive. In questo senso la paura

blocca l'infermiere in un modello interattivo dal quale è difficile liberarsi. "... Quasi con tutti provo gelo e mi sento bloccata..."

Le risorse che l'infermiere utilizza per uscire da questo empasse vengono identificate dal consentire la razionalizzazione e lo scorrere del tempo e limitare la emotività. " ...Sono sempre molto controllato, e c'è un controllo tantissimo controllo sulla mia emozione... prima c'è la paura e poi l'allerta", "...prendere tempo ti permette di riflettere sulla possibilità di agire per entrare in contatto con il paziente...", "... cerco di razionalizzare, di pensare a quello che devo fare o dire, penso a tante cose... ". L'utilizzo di queste risorse appare in accordo con quanto affermato da Altschule (1973) in riferimento al valore attribuito dalla nostra società al controllo.

Tab. 2 - Proposizioni sulle emozioni suscitate dalla violenza estratte dalle trascrizioni di ciascun partecipante.

I partecipante	Il partecipante
<p>La paura è un inconsapevole ed ambivalente attribuzione di significato al modello ritmico di relazione con l'universo, che origina simultaneamente dalla cotrascendenza verso una possibilità prefigurata come distruttiva, per iniziativa dell'io o dell'altro, e verso la possibilità della immobilizzazione nel presente del processo ritmico di evoluzione verso una diversità nel modello di relazione con il mondo;</p> <p>è rafforzata dai segnali multidimensionali che confermano la direzione della evoluzione verso la possibilità prefigurata come distruttiva, mentre la voce diventa il mezzo istintivo di relazione con il mondo che permette di mobilitare la trascendenza verso una possibilità costruttiva.</p> <p>L'infermiere è sopraffatto dalla involontaria trascendenza distruttiva, generata dalla paura, mentre non riesce a mettere sotto una nuova luce il presente per mobilitare il modello di relazione verso nuove possibilità, pur sentendo la spinta alla con-divisione con gli altri colleghi.</p>	<p>La paura è una prefigurazione trascendentale, incontrollabile ed irrazionale, della possibile evoluzione verso un modello di relazione distruttivo, che origina dalla attribuzione di significato di distruzione dato alle interazioni presenti, mentre allontana la prefigurazione delle possibilità costruttive;</p> <p>è rafforzata ritmicamente dalla rappresentazione di passate esperienze di distruzione, mentre è attenuata dallo scorrere del tempo che simultaneamente rafforza la spinta alla co-trascendenza verso un nuovo modello di relazione costruttivo;</p>

III partecipante

La violenza mobilita la trascendenza verso la paura, la quale limita la possibilità di sincronizzare il ritmo nel modello di relazione in atto. E' rafforzata dalla attribuzione di significato di forza e potenza all'immagine del paziente. Inoltre l'aggressione mobilita la ambivalente attribuzione di significato di ingratitudine e comprensione, al modello di relazione in atto;

la razionalizzazione mobilita la trascendenza nella attribuzione di significato al modello di relazione in atto, nascondendo la paura, che tuttavia diventa parte multidimensionale dell'infermiere, andando ad influenzarne la libera scelta di possibilità, nel processo di evoluzione;

IV partecipante

L'aggressione è originare forzatamente modelli di relazione ritmicamente asincroni;

L'infermiere attraverso l'attribuzione di significato a segnali improvvisi, prefigura la possibilità di aggressione, che cotrasce attraverso il paradossale ritmo del consentire la razionalità e limitare l'emotività. L'attribuzione di significato ai segnali è condizionata dalla rappresentazione che l'infermiere ha dell'utente;

La paura è la prefigurazione della evoluzione del modello di relazione verso una possibilità di distruzione e di dolore, per sé o per gli altri, che origina dalla aggressività dell'utente; rafforza la prefigurazione di una evoluzione verso una asincronia nel ritmo del modello del divenire, mentre ne limita la libera scelta delle possibilità;

L'esperienza della violenza diventa parte multidimensionale dell'infermiere, rafforza la prefigurazione di possibili evoluzioni del modello di relazione verso nuovi episodi di violenza, alterando la sincronia nel ritmo del modello di relazione che l'infermiere ha con l'universo.

V partecipante

La paura è la prefigurazione di una evoluzione, senza libertà di scelta, verso una possibilità di distruzione parziale, attraverso l'attribuzione di significato negativo ad un modello interattivo infermiere-paziente che modifica multidimensionalmente l'infermiere e, simultaneamente, mobilita la trascendenza verso possibilità di salvezza, non sincrone con il ritmo del paziente; la paura è rafforzata dalla impossibilità di prefigurare razionalmente la direzione della evoluzione del modello interattivo infermiere-paziente.

La struttura della gestione delle emozioni

1. Ricerca di un nuovo sincronismo nel ritmo delle interazioni con l'universo;
2. Temporanea separazione multidimensionale dall'utente e dal lavoro e simultanea unione con il proprio universo interiore o con propri pari;

3. Attribuzione di nuovo significato all'esperienza multidimensionale di aggressione e violenza;

La sintesi dei tre concetti emersi ha consentito la descrizione della seguente struttura:

La gestione delle emozioni è la ricerca di un nuovo sincronismo nel ritmo delle interazioni con l'universo, regolato dal paradossale ritmo della separazione multidimensionale dall'utente e dal lavoro e della simultanea unione con il proprio universo interiore o con i propri pari, mentre si mobilita la trascendenza attribuendo un nuovo significato all'esperienza multidimensionale di aggressione e violenza;

La struttura della gestione delle emozioni mostra un infermiere che tenta di ritrovare il sincronismo con il proprio universo alterato dalla esperienza di violenza. Quindi la gestione delle emozioni viene riassunta in una mobilitazione della trascendenza verso un modello di relazione nuovo che è raggiunto dai partecipanti attraverso modalità differenti, ma che passa essenzialmente attraverso l'allontanamento della fonte di squilibrio ritmico, cioè il lavoro e il paziente, e la riflessione sulle proprie emozioni da solo o assieme a qualcuno di cui ci si fida.

L'allontanamento della fonte di squilibrio la si riscontra chiaramente in alcuni passi delle trascrizioni: "...La strategia per difendermi è la lontananza ... la lontananza psicologica, lo faccio uscire da me, lo sento distante ...", "... Cerchi di svuotarti da queste sensazioni con la fuga gettandoti in attività che ti distraggono la mente o che impegnano il corpo...".

Altri passi sottolineano la necessità di riflettere sulle emozioni vissute e su quanto successo riflettendo da soli: "...Superato il momento, libero le emozioni, tolgo il tappo...", "...cerco di prendere atto delle mie emozioni... penso molto a come è andata a finire, come mi sono comportata e come ho gestito la situazione... cerco di capire il significato delle mie risposte e delle mie emozioni..." "... ti senti nuda e questi episodi sono delle forcine che ti entrano dentro... è importante riuscire a convivere con i problemi che abbiamo e le emozioni che abbiamo sul lavoro..."; ma anche riflettendo assieme a qualcuno di significativo: "... io parlo moltissimo con il mio collega, sono fortunata... è importante parlare liberamente senza sentirsi giudicati...", "...condividere, sotto qualsiasi forma, le emozioni con gli altri, e sapere che altri le provano, ti fa sentire meglio...". Il confronto con le emozioni permette di illuminare di nuovo significato l'esperienza e quindi crescere, ritrovando un nuovo sincronismo nel ritmo del modello uomo-universo. Le modalità emerse nella gestione delle emozioni sono in accordo con quanto descritto in letteratura (Frizzera, 1990; Holznecht e Slucca, 1990).

La struttura della relazione infermiere-paziente

Dalle cinque proposizioni sono state estratti i tre concetti cardine della struttura della "relazione infermiere-paziente durante un episodio di violenza", riportati di seguito:

1. Muovere oltre il presente verso la cocreazione di un nuovo modello di relazione;
2. Sincronizzazione del ritmo nel modello multidimensionale di interazioni;
3. Presenza sincera regolata dai paradossali ritmi dell'avvicinare-allontanare il paziente e rafforzare la razionalità e limitare l'emotività;

La sintesi dei tre concetti cardine ha permesso la descrizione della struttura della relazione infermiere-paziente, come percepita dai cinque partecipanti allo studio e riportata di seguito:

La relazione infermiere-paziente è una presenza sincera, regolata dai paradossali ritmi dell'avvicinare-allontanare il paziente e rafforzare la razionalità limitando l'emotività, nella ricerca di una sincronizzazione multidimensionale del ritmo nel modello di interazione con il paziente, per mobilitare la trascendenza oltre il presente verso la cocreazione di un nuovo modello di relazione;

In questa struttura traspare chiaramente il concetto di Presenza Reale (Parse, 1981, 1992, 1995). I partecipanti sembrano descrivere inconsapevolmente questo atteggiamento nel loro rapporto con il paziente in crisi psicotica. "... Noi dobbiamo mantenere un atteggiamento flessibile, non troppo invasivo né troppo distante... la relazione è dare disponibilità e aiuto...", "...mi avvicino perché voglio esserci... ci si pone in atteggiamento di domanda e di disponibilità, verbale e non verbale. E' uno scambio reciproco dei rispettivi 'bagagli'...", "...cerchi dare al paziente un messaggio di accoglienza, cercando di non invadere il suo spazio vitale e rispettando i suoi tempi... si deve porsi con un atteggiamento sincero, reale, senza timore di mostrarci invincibili o senza paura...".

La relazione infermiere paziente è vista come il mezzo per muovere oltre il presente verso la cocreazione di un nuovo modello di relazione attraverso la sincronizzazione del ritmo.

In altre parole, attraverso la relazione, l'infermiere riesce a superare l'empasse nel quale è caduto a causa dell'aggressività e della violenza del paziente. L'infermiere

supera l'immobilità, imposta dalla paura, in una condizione presente di distruzione, e riesce a vedere una luce di speranza che lo proietta nel futuro, cioè "trascende". La luce è l'immaginare, il sentire dentro di sé la possibilità di una diversa modalità di relazione con il paziente, che gli permette di credere, e quindi ottenere, una sintonia nella relazione con il paziente; gli permette cioè, citando l'espressione utilizzata da alcuni partecipanti, di "entrare nel paziente". La sintonia (sincronizzazione del ritmo) permette dunque di superare la violenza per interagire con il paziente in un nuovo modello che promuove la crescita di entrambi verso un futuro meno distruttivo.

La struttura della presenza del collega

Dalle proposizioni descritte sopra, sono stati estratti i seguenti concetti cardine della struttura del significato attribuito dai partecipanti ai propri colleghi:

1. Rinforzo della prefigurazione di nuove possibilità costruttive mobilizzandone la trascendenza;
2. Fonte della conferma-disconferma del modello di relazione con il paziente;
3. Rinforzo della libertà di scelta di possibili modelli ritmici di relazione;
4. Spinta alla sincronizzazione del ritmo delle interazioni con il paziente;
5. Limitazione dell'emozione attraverso la con-divisione, spingendo verso l'illuminazione di nuovi significati attribuiti all'esperienza;

La sintesi dei concetti cardine ha permesso la descrizione della struttura del significato attribuito dai partecipanti alla presenza di un collega:

La presenza dei colleghi è la ambivalente origine della conferma-disconferma del modello di relazione con il paziente attraverso il rinforzo della libertà di scelta e della prefigurazione di nuove possibilità costruttive, mobilizzandone la trascendenza, mentre spinge verso la sincronizzazione del ritmo delle interazioni con il paziente e limita l'emozione attraverso la con-divisione, illuminando di nuovi significati l'esperienza;

La presenza del collega è l'ultima struttura emersa dall'analisi delle trascrizioni. In questa struttura i partecipanti descrivono la presenza del collega come un rinforzo nella mobilitazione della trascendenza e quindi utili per superare l'empasse provocato dallo stato di paura indotto a sua volta dall'aggressione. Questo avviene su due fronti contemporaneamente.

Il primo è la presenza del collega nel momento in cui avviene la violenza, nel qual caso il collega è un indispensabile fonte di sicurezza. Facilita la trascendenza ed allarga la possibilità di interazione diluendo l'emozione della paura. "...Essere in due può aumentare la possibilità di prendere decisioni... l'altro può arrivare là dove io non sono in grado di arrivare...", "...La seconda persona ti dà sicurezza, ed ha vissuto le tue stesse cose, hai fiducia... La paura è condivisa, ci si sente nella stessa barca in senso positivo...proteggersi l'un l'altro...", "...la presenza del collega rappresenta uno scudo, una sicurezza, anche perché ti puoi consigliare ed evitare sbagli...", "... la presenza del collega permette la condivisione della paura, dà tempo, spazio mentale ed appoggio, permettendoti di pensare a come entrare in relazione con il paziente..."

Il secondo fronte su cui agisce la presenza del collega è nei momenti successivi alla esperienza della violenza. Infatti i partecipanti appaiono percepire i colleghi come importanti supporti nella rielaborazione dei vissuti, il che permette di illuminare di nuovi significati l'esperienza stessa. "...è importante parlare con i

colleghi di queste esperienze, perché rifletti sul tuo operato e sulle tue emozioni...", "... se si parla io parlo in modo spontaneo, informale, quando è il momento giusto per parlarne... riparlare di certi episodi me li fa rivivere, ma è una liberazione... io cerco comprensione, se la trovo mi è sufficiente e dopo sto bene...", "... io parlo tantissimo con il mio collega, sono fortunata...è importante parlare senza sentirsi giudicati... non farsi i sensi di colpa per i nostri sentimenti, che sono veleno per le relazioni, in quanto ne confondono i termini...".

Anche quanto descrive questa ultima struttura non contrasta quanto descritto in letteratura, anzi semmai ne è supportato (Wright & Giddey, 1993; Menthes Lyth, 1989; Fabricius, 1990; Wright, 1989, 1991, 1993).

Implicazioni dello studio

Quanto esposto fino ad ora ha mostrato che le strutture emerse dallo studio concordano e sono supportate dalla letteratura. Ne risulta una possibile interpretazione della particolare esperienza vissuta dai partecipanti allo studio in accordo con la teoria del Uomo in Divenire di Parse (1981,1992) e più in generale con la filosofia fenomenologica.

L'obiettivo generale dello studio era descrivere l'episodio violento della crisi psicotica dal punto di vista dell'infermiere, il raggiungimento del quale mostra una struttura complessa ed articolata in più strutture, che tuttavia si possono disaggregare con estrema difficoltà, e con il solo risultato di perdere di vista l'insieme dell'esperienza. E' tuttavia possibile azzardare alcune considerazioni circa le implicazioni che tale studio potrebbe avere.

La prima implicazione è di carattere clinico. I risultati dello studio, pur nei suoi limiti, permettono infatti di supporre che gli infermieri abbiano una concezione della crisi psicotica costruttiva, il che permette loro di avvicinare il paziente

ponendosi con un atteggiamento terapeutico, anziché difensivo o peggio aggressivo. Questo atteggiamento appare fondamentale per l'instaurarsi di una relazione di fiducia ed evitare il degenerare della crisi verso l'aggressione, o almeno di limitarla e di riorientare l'evoluzione della crisi verso nuovi equilibri.

La seconda implicazione è anch'essa di carattere clinico. L'emergere delle strutture della emozione-paura e della gestione delle emozioni hanno messo in evidenza che gli infermieri presumibilmente provano paura, e che questa è una condizione naturale ma che può essere gestita secondo alcune modalità. La conoscenza di queste strutture da parte degli infermieri può essere utile per favorire il processo di consapevolezza delle proprie emozioni. Prendere coscienza delle proprie emozioni e della loro struttura ne permette infatti una più rapida rielaborazione, o meglio, permette all'infermiere di lasciarle fluire più liberamente, vivendo l'esperienza della violenza in modo meno negativo. Questo ha una ricaduta diretta sulla modalità di relazione con il paziente che non può che risultare facilitata.

Anche una terza implicazione è di carattere clinico, ed è conseguenza della struttura della percezione del collega. Evidenziare l'importanza attribuita alla presenza del collega comporta, nella pratica assistenziale, il prevedere che le situazioni di crisi psicotica siano gestite in più di una persona, senza che questo venga interpretato come un comportamento di vigliaccheria o di incompetenza. La presenza del collega appare infatti utile sia per una più sicura gestione dell'intervento assistenziale che per una successiva efficace rielaborazione del vissuto che l'intervento ha evocato negli operatori coinvolti.

Una implicazione può derivare in ambito formativo. Esplicitare i risultati emersi dallo studio sia nella formazione di base che in quella post-base o nella formazione permanente può contribuire ad una più ampia comprensione

dell'operare in ambito della salute mentale, andando a delimitare, chiarendole, le situazioni di criticità che spesso vengono toccate solo fugacemente.

Infine un'altra implicazione può essere di carattere scientifico. Lo studio infatti si propone come un tentativo di sperimentare la teoria dell'Uomo in Divenire attraverso la generazione di cinque strutture che descrivono l'esperienza dell'infermiere a contatto con la violenza della crisi psicotica, rendendo ipotizzabile, attraverso l'esplicitazione delle rispettive relazioni, la costruzione di un modello dell'esperienza della violenza nella crisi psicotica.

Limiti dello studio

I limiti dello studio proposto sono riscontrabili in più livelli. Si possono individuare limiti intrinseci nella metodologia adottata, e limiti estrinseci dovuti alla modalità con la quale il metodo è stato messo in pratica.

I limiti intrinseci alla metodologia risiedono principalmente nella relativa generalizzabilità dei risultati, tipica delle indagini qualitative.

I limiti estrinseci sono riferibili a più fattori tra i quali si riconoscono il campione, la strutturazione dell'intervista, la scarsa esperienza del ricercatore nell'utilizzo del metodo di ricerca.

Limiti nel campione

Un grosso limite della ricerca risiede appunto nel campione. Sebbene in accordo per numerosità con quanto affermato dalla letteratura, esso risulta ai limiti della significatività. L'esiguità del numero di partecipanti non significa che i risultati non rispondano alle caratteristiche di validazione previste da Guba (Cit. da Polit e Hungler, 1995) per le ricerche di tipo qualitativo (attendibilità, trasferibilità, affidabilità, confermabilità), ma piuttosto sarebbe utile un ulteriore approfondimento dei risultati attraverso la ripetizione dello studio su altri partecipanti.

Le caratteristiche del campione sono di estrema eterogeneità per sesso età, anzianità di servizio e luogo di lavoro, tuttavia la caratteristica fondamentale alla quale risponde ciascun partecipante è di aver vissuto l'esperienza indagata. L'eterogeneità da un lato potrebbe apparire come un limite, e sicuramente lo sarebbe se lo studio fosse di carattere quantitativo. Tuttavia l'oggetto di indagine nella metodologia di ricerca aderente alla teoria dell'Uomo in Divenire prevede che l'oggetto dello studio sia una esperienza universale (Parse, 1987, 1995), cioè che sia potenzialmente esperibile da ciascun essere umano. Questo porterebbe a sostenere la correttezza nella scelta di un campione eterogeneo.

Limiti nella strutturazione dell'intervista

Un limite di tipo metodologico risiede nella strutturazione della intervista che è stata condotta, a causa della inesperienza del ricercatore, centrando l'attenzione su più aspetti, anziché sul cuore dell'esperienza. Questo ha fatto emergere più strutture relative all'esperienza a contatto con la violenza nella crisi psicotica, ma non ha facilitato il loro approfondimento. A questo aspetto si deve aggiungere la scarsa esperienza nel condurre interviste da parte del ricercatore che si è manifestata in una scarsa capacità di mantenere la focalizzazione del dialogo sul tema indagato. Soprattutto nella terza intervista si è manifestata una grossa difficoltà nel limitare le divagazioni del partecipante per ricondurlo all'oggetto dell'intervista. Le divagazioni hanno, tra l'altro, comportato perdita di pathos nel racconto, condizione essenziale per ripercorrere una esperienza di vita.

Conclusioni

L'analisi delle trascrizioni ha permesso di evidenziare cinque strutture fondamentali nella esperienza della assistenza al paziente in crisi psicotica. La categorizzazione in cinque strutture, sebbene possa essere una conseguenza della modalità con cui è stata condotta l'intervista, può essere identificata

coerentemente in ciascuna trascrizione, il che tenderebbe a supportare la sua accettabilità.

Ciascuna struttura contiene più concetti cardine, coerenti con i principi della teoria di Parse (1981, 1992).

Questi primi risultati mostrano l'esperienza della violenza nella crisi psicotica come una situazione professionale e di vita molto complessa. Emergono aspetti dell'esperienza rivolti in più direzioni. L'infermiere aggredito prova delle emozioni molto intense, delle quali però cerca di esplicitare il significato.

L'emozione più importante che emerge è la paura nelle sue varie sfumature. Questa emozione tende a paralizzare l'infermiere, sia in termini di azione fisica, sia in termini di azione mentale; spesso lascia delle tracce anche ad episodio concluso, per lungo tempo. Esistono molti modi per superare la paura, ma il più immediato appare decisamente la razionalizzazione. In questo modo l'infermiere, durante il momento più intenso, sembra reprimere le proprie emozioni. Tuttavia una volta risolto l'episodio, è costretto a "stappare la valvola" per lasciarle sfogare liberamente. Questa operazione può essere più o meno efficace; talvolta viene facilitata attraverso dei momenti strutturati che l'infermiere sente essere molto importanti per il suo benessere, aspetto importantissimo per lavorare bene.

Ai colleghi appare attribuito un grosso ruolo di modulatori delle emozioni, sia nel momento dell'esperienza, sia nella rielaborazione dei vissuti, una volta risolto l'episodio. Ogni partecipante ha infatti sottolineato come la presenza del collega sia di aiuto nella gestione della situazione e delle emozioni che ne derivano.

Infine l'infermiere sembra non attribuire alla violenza nella crisi un significato di attacco personale, quanto piuttosto una modalità del paziente per comunicare la propria condizione. Questo non significa che le emozioni diventino meno intense, ma sembrano più facilmente accettate.

Cerrtamente lo studio proposto non vuole essere esaustivo ne definitivo. Si propone piuttosto come un primo passo verso l'esplorazione di una esperienza assistenziale darammatica, intensa, la modalità con la quale viene vissuta dall'infermiere ha dirette conseguenze sul paziente. Sono quindi necessari ulteriori studi che confermino, ed approfondiscano le cinque strutture isolate e descritte in questa sede.

Bibliografia

- Altschul A. "Psychiatric Nursing" IV^e ed. (I^aed. 1954) - Baillier Tindall - London - 1973;
- Borgna E. "Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica" - Feltrinelli - Milano - 1995;
- Borzaga L. "La relazione Terapeutica" In: AA.VV. "*Atti della Giornata di studio: Infermieri in psichiatria quali prospettive?*" - Collegio IPASVI TN - Trento - 1990;
- Burnard P. "A Method of Analysing Interview Transcripts In Qualitative Research." - *Nurse Education Today*, **11**, 1991, pp. 461-466;
- Capra F. "Il punto di svolta, scienza, società e cultura emergente" IV ed. - Feltrinelli - Milano - 1994 - (Tit. orig. "*The turning point, science, society and the rising culture*" Simon and Schuster - New York - 1992);
- Damasio A. R. "L'errore di Cartesio, emozione, ragione e cervello umano" - Adelphi - Milano - 1995; (tit. orig. "*Descartes' error, emotion reason and the human brain*" - 1994);
- Fabricius J. "Running on the Spot, or Can Nursing Really Change?", in *Psychoanalytic Psychotherapy*, 5-2, Charlesworth & co. ltd. Huddersfield - 1991;
- Finnema E.J., Dassen T. e Halfens R. "Aggression in Psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards" *Journal of Advanced Nursing*, 1994, **19**, pp. 1088-1095;

- Frizzera P. "L'esperienza dell'infermiere psichiatrico" In: AA.VV. *"Atti della Giornata di studio: Infermieri in psichiatria quali prospettive?"* - Collegio IPASVI TN - Trento - 1990;
- Galimberti U. "Psichiatria e Fenomenologia" III ed. - Feltrinelli - Milano - 1994 (1979, I ed.);
- Gius E. "Interazione e Modello Fenomenologico-Esistenziale" In: Gius E. e Cavanna D. *"La personalità, Nuovi orientamenti teorici"* Vol. III - . Biblioteca Patron di Psicologia - Padova - 1978;
- Holznecht P. e Slucca S. "Paura e Burn Out nell'esperienza dell'operatore psichiatrico" In: AA.VV. *"Atti della Giornata di studio: Infermieri in psichiatria quali prospettive?"* - Collegio IPASVI TN - Trento - 1990;
- Menthies Lyth I. "Staff support systems: Task and Antitask in Adolescent Institutions" In: *Containing Axiety in Institutions* - Free Association Books - London - 1989;
- Niccoli M. e Martellotti G. "Dizionario Grolier della lingua italiana" - Casa Editrice Le Lettere - Firenze - 1981;
- Parse R. R. "Man-Living-Health: a theory of Nursing" - Wiley - New York - 1981;
- Parse R.R. "Human Becoming: Parse's Theory of Nursing" - *Nursing Science Quarterly*- 1992, 5, pp. 35-42;
- Parse R.R. "Illuminations, the human becoming theory in practice and research" - NLN press - New York - 1995;
- Parse R.R. "Nursing Science: Major Paradigms, Theories, and Critiques" - Saunders - Philadelphia - 1987;
- Polit H.F e Hungler B.P. "Nursing Research, principles and methods" V ed. - J.P. Lippincott Company - Philadelphia - 1995;

Streubert H.J. e Carpenter D.R. "Qualitative research in Nursing, advancing the humanistic imperative" - J.B. Lippincot - Philadelphia - 1995;

wrht H. & Giddey M. "Mental Health Nursing. From first principle to professional practice" - Chapman & Hall - London - 1993;

Wright H. "Groupwork: Perspectives and Practice" - Scutari - London -1989;

Wright H. "The Patient, the Nurse, His Life and Her Mother: Psychodynamic Influence in Nurse Education and Practice" *Psychoanalytic Psychotherapy*, 1991, 5-2, Charlesworth & co. ltd. Huddersfield;