

SUPSI

Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Bachelor Thesis

di

Naomi Balasingam

L'influenza dello stigma nelle cure generali verso il paziente psichiatrico

Direttore di Tesi
Mariano Cavolo

Anno accademico: 2019/2020

Luogo e Data: Manno, 31 luglio 2020

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Sanità (SUPSI-DEASS)

STUDENTSUPSI

ABSTRACT

Background

Questo lavoro di tesi tratta il tema dell'influenza dello stigma nelle cure generali verso il paziente psichiatrico. La malattia mentale è una tematica poco affrontata, in quanto le persone affette da questo tipo di malattie, creano paura e trasmettono un senso di violenza nella società considerata "normale", portando così a creare lo stigma. In questo lavoro di tesi si sostiene che lo stigma che hanno gli infermieri e altri professionisti sanitari, verso le persone con una malattia mentale, creano una barriera nei confronti delle cure, portando a effetti negativi sul paziente. Infatti, l'infermiere che stigmatizza il paziente psichiatrico, tende ad avere degli atteggiamenti e comportamenti più autoritari, favorendo la contenzione. Essi sono più distaccati nel rapporto tra infermiere e paziente. Secondo vari studi, è dimostrato che con una modalità di presa a carico relazionale che consente all'utente di essere accolto e accettato in maniera incondizionata in un reparto di cure generali, si favorisce l'ingresso del concetto di aderenza terapeutica, allontanando così rappresentazioni che vi sono alla base dello stigma nei confronti di questa tipologia di pazienti.

Scopo

Lo scopo di questa tesi è quello di indagare il fenomeno dello stigma per quanto riguarda un ospedale generale acuto nei confronti del paziente psichiatrico e scoprire delle strategie per riuscire ad affrontare un problema di questo tipo in modo da poter migliorare la qualità dell'assistenza nei confronti dei pazienti psichiatrici, e di quelli soggetti ad uno stigma.

Metodo

La metodologia scelta per questo lavoro di bachelor è la revisione della letteratura, di cui la domanda è stata: "È presente lo stigma nelle cure generali verso il paziente psichiatrico, e quanto esso può influire nelle cure?". Tramite le banche dati "Medline" e "Chinal", sono stati trovati 6 articoli utilizzabili per la revisione, dove la più datata risale al 2007 mentre quella più recente al 2018.

Keywords: mental illness, stigma, health professionals, attitude, nurses, psychiatry, patientis.

Risultati

5 articoli selezionati per l'analisi hanno dimostrato che esistono infermieri e altri professionisti sanitari non specializzati in ambiti psichiatrici, che hanno uno stigma nei confronti dei pazienti psichiatrici, questo è dovuto al fatto che essi hanno uno scarso contatto con questa tipologia di utenti, poca esperienza professionale, un basso livello di educazione, convenzioni culturali negative, dove i pazienti sono reputati imprevedibili, pericolosi, aggressivi e senza autocontrollo. Infine, il sesto articolo dimostra che con l'accettazione incondizionata, l'infermiere è più chiaro e comprensivo, inoltre più facilitato a gestire le crisi del paziente con disturbi mentali.

Conclusioni

La ricerca testimonia che, se l'infermiere ha un senso di ordinarietà, buona competenza interpersonale e accetta incondizionatamente il paziente, potrà evitare di stigmatizzare qualsiasi tipo di utenza.

Sommario

1. Introduzione.....	4
1.1 Scopo dell’elaborato scritto	4
1.2 Obiettivi del lavoro di tesi.....	4
1.3 Metodologia della ricerca.....	4
1.4 Quesito di ricerca	5
1.5 PICO.....	5
1.6 Parole chiavi.....	5
1.7 Struttura dell’elaborato scritto.....	5
1.8 Motivazione.....	6
2. Quadro teorico.....	9
2.1 Evoluzione delle cure in psichiatria – cenni storici	9
2.2 Lo stigma – una definizione	12
2.3 Lo stigma – Le conseguenze nelle cure.....	15
2.4 Stigma, un approccio sociologico: perché abbiamo bisogno di classificare le persone?.....	16
2.5 L’accettazione incondizionata (accoglienza).....	20
3. Discussione	25
3.1 Analisi dei risultati	29
4. Conclusioni.....	33
4.1 Limitazioni.....	33
4.2 Riflessione sul percorso svolto	33
4.3 Per una possibile ricerca futura	34
4.4 Ringraziamenti.....	34
5. Bibliografia.....	35

SUPSI

1. Introduzione

1.1 Scopo dell'elaborato scritto

Indagare il fenomeno dello stigma per quanto riguarda un ospedale generale acuto nei confronti del paziente psichiatrico e scoprire delle strategie per riuscire ad affrontare un problema di questo tipo in modo da poter migliorare la qualità dell'assistenza non solo nei confronti dei pazienti psichiatrici, ma anche nei confronti di altri pazienti che sono soggetti ad uno stigma.

1.2 Obiettivi del lavoro di tesi

- Acquisire maggior consapevolezza su quanto possa influire lo stigma nelle cure portando a delle conseguenze sulla relazione con il paziente psichiatrico.
- Riflettere sulle alternative relazionali verso il paziente psichiatrico, finalizzate ad una più efficace aderenza alle cure.
- Conoscere e comprendere quali elementi storici hanno influito sulla creazione dello stigma verso il paziente psichiatrico.

1.3 Metodologia della ricerca

Il metodo che ho scelto per elaborare la mia tesi di Bachelor è la revisione della letteratura. Ho optato per questo modello in quanto reputo che il tema dello stigma in ambito psichiatrico sia molto ampio, complesso e delicato, quindi difficoltoso nel trovare una risposta ben precisa.

Tale metodo mi permetterà di indagare il fenomeno dello stigma per quanto riguarda un ospedale acuto nei confronti del paziente psichiatrico, e scoprire delle strategie per riuscire ad affrontare un problema di questo tipo in modo da poter migliorare la qualità dell'assistenza, non solo nei confronti dei pazienti psichiatrici ma anche nei confronti di altri utenti soggetti a uno stigma.

Tramite questo metodo potrò migliorare le mie competenze per quanto riguarda la ricerca e approfondimento, al fine di poter essere una professionista della cura che rimane attenta e consapevole del fatto che la nostra è una pratica in continua evoluzione.

Lo scopo principale della revisione della letteratura è quello di integrare le evidenze di ricerca per offrire un resoconto delle conoscenze e delle lacune di ricerca (Polit & Beck, 2014). Esse sono anche utilizzate per elaborare nuovi studi, in quanto creano delle basi per essi (Polit & Beck, 2014).

Per una revisione della letteratura, i risultati ottenuti negli studi precedenti costituiscono un importante fonte di informazioni. Nella fase di preparazione, le informazioni dovrebbero principalmente essere estrapolate da fonti primarie (studi scritti da ricercatori che li hanno condotti). Mentre le fonti secondarie sono rappresentate da descrizioni di studi, elaborate da individui che non ne sono stati gli autori. Quindi, le revisioni della letteratura fanno parte delle fonti secondarie (Polit & Beck, 2014).

Gli studi recenti dovrebbero essere quelli che vengono consultati prima in una revisione della letteratura, in quanto offrono una panoramica della letteratura e una preziosa bibliografia (Polit & Beck, 2014). Le fonti secondarie non devono sostituire le fonti primarie, in quanto non risultano dettagliate in maniera sufficiente e quasi mai pienamente obiettive. Gli articoli, aneddoti clinici e resoconti di casi, aiutano ad ampliare la comprensione di un determinato problema, descrivere alcuni aspetti della pratica clinica o dimostrare la necessità della ricerca, tuttavia questi scritti hanno in genere un'utilità limitata, perché non vanno ad affrontare la questione dello stato attuale delle evidenze sul problema di ricerca (Polit & Beck, 2014).

Per condurre una revisione della letteratura, bisogna elaborare uno studio ben progettato. Inizialmente è necessario formulare un quesito, per esempio un quesito di pratica di EBP o un quesito per uno studio nuovo, successivamente, bisogna raccogliere, analizzare e interpretare le informazioni, riassumendo il tutto in un prodotto scritto (Polit & Beck, 2014).

1.4 Quesito di ricerca

L'influenza dello stigma nelle cure generali verso il paziente psichiatrico, e quanto esso possa influire nelle cure.

1.5 PICO

P: paziente psichiatrico ricoverato in cure generali

I: stigma e l'accoglienza autentica

C: -

O: maggior aderenza nelle cure

1.6 Parole chiavi

Keywords: mental illness, stigma, health professionals, attitude, nurses, psychiatry, patients.

1.7 Struttura dell'elaborato scritto

Per effettuare la ricerca della letteratura necessaria per la mia tesi, inizialmente ho identificato le parole chiavi, ovvero parole che comprendono i concetti chiave del quesito (Polit & Beck, 2014). Nel mio caso le parole chiavi che ho inserito per la mia ricerca elettronica in PubMed, MEDLINE e CINAHAL, sono state: mental illness, stigma, health professionals, attitude, nurses, psychiatry, e patients. Per restringere la mia ricerca ho usato l'operatore booleano, dove "AND" limita la ricerca ad articoli contenenti entrambe le *keywords* inserite come parole di testo (Polit & Beck, 2014). Inoltre, per ampliare la mia ricerca ho utilizzato fonti bibliografiche cartacee.

Per questa revisione della letteratura mi sono basata su un range di studi dove la più datata risale al 2007 mentre quella più recente al 2018, e come campione ho accettato persone di tutto il mondo e di tutte le età con una diagnosi conclamata. Mentre come campioni tra i professionisti della salute ho incluso medici, infermieri, farmacisti, assistenti di cura, e studenti di medicina.

1.8 Motivazione

Nella mia tesi di Bachelor ho deciso di trattare il tema dello stigma che gli infermieri di un ospedale acuto hanno nei confronti del paziente psichiatrico, e di quanto esso possa influire nelle cure.

Ho deciso di affrontare questo tema perché, fin dalla mia precedente formazione come operatrice sociosanitaria, feci uno stage in un ospedale acuto, precisamente a Mendrisio in un reparto di medicina. Lo stage in questione ha alimentato ancor più la mia paura nei confronti del paziente psichiatrico. Infatti, appena veniva ricoverato un paziente con una problematica psichiatrica, in reparto si discuteva già di una possibile dimissione oppure si litigava quale infermiere dovesse occuparsi di esso. Nonostante io abiti da sempre a Mendrisio e di persone con problemi psichiatrici ne abbia sempre visti, un po' di paura ne ho sempre avuta per via del modo in cui camminano e parlano, probabilmente esso è dovuto al fatto che sono cresciuta in una famiglia con una cultura diversa, dove le persone con un disturbo mentale vengono definite come qualcuno di spaventoso. Come detto in precedenza, dopo questo stage ho avuto molta più paura, infatti mi sono resa conto che quando dovevo avere a che fare con un paziente psichiatrico, rispondevo con un tono di voce molto infastidito, oppure entravo nella stanza solo per eseguire l'atto medico tecnico.

Infatti, durante il colloquio pre-stage del secondo anno alla SUPSI, pianis poiché terrorizzata dal pensare che avrei dovuto andare in una clinica psichiatrica, precisamente al Quadrifoglio 4 nel centro di competenza per le dipendenze.

Durante lo svolgimento dello stage in psichiatria, mi sono ricreduta. Ho iniziato a vedere un'altra faccia della psichiatria e se devo dire la verità ne sono rimasta molto affascinata.

Infatti, durante lo stage in psichiatria il mio pensiero verso il paziente psichiatrico è cambiato, ho iniziato a vedere e a capire le conseguenze dello stigma che un infermiere in un ospedale acuto ha nei confronti di un paziente con un disturbo mentale.

Ricordo una situazione dove un paziente giunse nel reparto in cui lavoravo a seguito di una situazione un po' critica a livello relazionale, dove questo ragazzo dopo aver abusato etilicamente, decise di eseguire un tentamen tagliandosi le vene con un pezzo di vetro che trovò presso la stazione di Chiasso. Quando gli ambulanzeri portarono il ragazzo (dopo un ricovero precedente in cure intese, dove lo stabilizzarono per via dell'eccessiva perdita ematica) io e le colleghe presenti nel turno lo trovammo ricoperto di sangue secco su tutto il corpo. La lesione da lui procurata non aveva segni di disinfezione, inoltre, il labbro inferiore presentava una lacerazione leggermente profonda dove chiaramente erano necessari dei punti, mentre il labbro inferiore pendeva. Quindi, viste le condizioni, io e le mie due colleghe lo aiutammo a togliere tutto il sangue secco presente, ed eseguiamo una disinfezione della ferita. Nonostante tutto il lavoro svolto, dovemmo rimandare il paziente in ospedale il giorno seguente, poiché la lesione a livello del polso sinistro iniziava a dare segni di infezione. Infatti, i colleghi dell'ospedale ci informarono sul fatto che il ragazzo rischiava di avere una setticemia e che per poco avrebbe rischiato anche di perdere il braccio.

Dopo questa situazione, rimasi in pensiero per il paziente, e mi chiesi dove fosse andata a finire la dignità di questa persona. È giusto lasciare un essere umano in questo modo? Indipendentemente dalle sue problematiche? Perché non si prestarono le giuste cure in modo da poter evitare costi eccessivi per il ri-trasferimento in pronto soccorso e tutta la

degenza in ospedale? Perché è stato trattato in questo modo? È perché dalle cartelle risulta che è stato già ricoverato in precedenza in un reparto psichiatrico?

Un'altra situazione che ho visto, è il caso di una persona dipendente da sostanze stupefacenti, il quale subì una resezione del colon per via della malattia di Hirschsprung, per via di ciò fu stitico. Secondo la raccolta dati questo paziente andò più volte nell'arco della sua vita in pronto soccorso a Mendrisio per via dei suoi problemi di stitichezza, era quindi un paziente ben noto ai colleghi del pronto soccorso. Giunto nel nostro reparto questa problematica si aggravò, perché secondo il paziente l'uso delle sostanze favoriva la defecazione quindi, per cercare di risolvere il problema gli somministrarono terapie lassative che però non raggiunsero il loro scopo, per questo motivo dal nostro reparto è stato mandato un paio di volte in pronto soccorso, ma dopo quasi un'oretta veniva rimandato indietro dicendo che era tutto a posto. Il paziente però non si scaricava lo stesso, si vedeva dalla mimica facciale del paziente che non stava bene e con il passare dei giorni l'addome diventava sempre più acuto. Finché, sempre al quadrifoglio 4 gli somminstrarono l'ennesima terapia lassativa, dove però nel giro di pochi minuti l'addome sembrava un pallone e il signore continuava a tirarsi dei colpi sulla pancia, per via dell'eccessiva quantità di aria presente nell'addome, si sentiva un rumore abbastanza forte. Il paziente è quindi stato mandato per l'ennesima volta in pronto soccorso d'urgenza, ma questa volta i colleghi dell'OBV telefonarono in reparto per chiedere le direttive anticipate del paziente, poiché era in condizioni molto gravi e l'intestino era perforato.

Un'altra situazione è quella di un ragazzo con problemi di abuso etilico e politossicodipendenza con problemi di cleptomania. Lo mandammo in pronto soccorso per il fatto che portò bevande alcoliche in reparto e di nascosto abusava di Xanax, quindi era visibilmente molto alterato. Dopo un'ora, venne però rimandato in reparto, ancora visibilmente alterato, con una via venosa. Al suo ritorno, tra i suoi oggetti personali trovammo del materiale rubato in pronto soccorso e ambulanza, rubò provette per il prelievo ematico, aghi e alcuni farmaci.

Subito dopo questa situazione mi chiesi se fosse giusto o sbagliato mandare indietro un paziente alterato da sostanze, con una via venosa in un reparto per dipendenze. Perché non tenere il paziente più a lungo in ospedale?

Sono molto sensibile a questo tema per via di esperienze personali dove mi sono sentita stigmatizzata. Nel periodo in cui ho frequentato le scuole medie, mi sono ritrovata nella situazione di essere stigmatizzata per via del colore della mia pelle, quindi so cosa significa questa parola dopo averla vissuta in prima persona. Ricordo di non essermi più sentita un essere umano, ero priva della mia dignità, qualunque cosa facesse parte di me era sbagliata, mi sentivo in difetto. Quando le persone ti fanno sentire diversa dagli altri, all'inizio non ti importa, ma pian piano inizia a logorarti dentro finché a un certo punto accetti che sei diversa e quindi sbagliata. È giusto o sbagliato? Questo non lo so, ma su una cosa sono certa: non voglio far sentire qualcuno come mi sono sentita io, nessuno se lo merita, anche se purtroppo siamo sempre soggetti a pregiudizi.

Attraverso questa tesi credo di poter acquisire maggior empatia verso il paziente psichiatrico, mi permetterebbe di accogliere in maniera diversa questo tipo di persone e nella mia carriera professionale potrei essere una risorsa per la mia équipe sia nel far cambiare il tipo di visione oppure, sensibilizzare i colleghi e gestire questa tipologia di pazienti.

Attraverso questo lavoro spero di poter acquisire cos'è lo stigma e quali sono le sue conseguenze nei confronti del paziente psichiatrico. Spero di poter acquisire delle strategie che mi permettano di poter superare determinate situazioni portate dallo stigma. Inoltre, vorrei avere maggior conoscenza sul mondo della psichiatria.

2. Quadro teorico

2.1 Evoluzione delle cure in psichiatria – cenni storici

Prima di addentrarmi nella tematica di questa tesi, mi sembra doveroso sapere e comprendere un po' di storia dell'evoluzione della psichiatria, in modo da poter comprendere, da dove provengono certi tipi di pensieri e pregiudizi.

Fin dagli inizi della civiltà umana e soprattutto nel mondo antico e medioevale, in diverse culture e società, la follia venne sempre vista dal lato spirituale, ovvero con la presenza di spiriti benigni o maligni (Ciambello et al., s.d., pag. 168). Infatti, i luoghi dove queste persone folli venivano trattati non erano ospedali come nei giorni d'oggi, ma santuari, quindi i sacerdoti oltre alle loro normali mansioni avevano anche il ruolo di medici. I trattamenti nei confronti dei folli avvenivano attraverso riti religiosi e medicinali a base naturale (Ciambello et al., s.d., pag. 168).

Grazie a Ippocrate si concepì l'idea che la malattia mentale non ebbe origini spirituali, bensì naturali quindi per questo motivo devono essere ossevati, studiati e descritti. Inoltre, Ippocrate reputò essere molto importante considerare non solo il soggetto malato ma anche l'ambiente circostante, senza trascurare il rapporto con chi lo assiste (Ciambello et al., 2005, pag. 167).

Il pensiero ippocratico influenzò anche il mondo romano, che all'epoca pensava solo alla conquista di nuove terre, questa influenza avvenne grazie ad alcuni medici greci che si trasferirono a Roma (Ciambello et al., 2005, pag. 167).

Nell'epoca romana vi furono effetti di follia comune cioè, nella società in generale vi era un ambiente folle: frenesia, agitazione e battiture nelle feste baccanali (Ciambello et al., s.d., pag. 168).

Dal Medioevo fino al periodo del Rinascimento, fu come detto in precedenza un momento dove il sapere derivava dal mondo spirituale (Ciambello et al., s.d., pag. 168). Difatti, verso l'anno mille, le persone iniziarono ad attendere la fine del mondo, a seguire vi furono epoche dove la peste fu sempre presente, perciò alcune persone vennero torturate e ammazzate, perché considerate colpevoli per aver fatto delle maledizioni e tutto ciò che il popolo subiva era per colpa di quest'ultimi (Ciambello et al., s.d., pag. 168). Il pensiero cristiano mette una netta distinzione tra ciò che è la malattia dell'anima e sofferenza del corpo, per questo tipo di pensiero la sofferenza fisica veniva vista come qualcosa di meritato: io faccio del male, quindi mi merito di soffrire fisicamente. Inoltre, reputa come peccato la malattia causata dalla diminuzione della speranza e della volontà (Ciambello et al., 2005, pag. 167). Le persone folli venivano considerate prede di Satana, oppure se non erano prede dichiaravano di venerarlo, perciò venivano prima torturati e poi mandati al rogo. (Ciambello et al., s.d., pag. 168).

Durante il periodo del Medioevo, a causa del fatto che si credeva che tutte le manifestazioni legate alla pazzia avvenivano per via dell'operato di spiriti maligni, streghe, maghi, sacerdotesse del maligno, si reputava che i malati mentali non avessero bisogno di alcun tipo di attenzione, quindi venivano mandati e rinchiusi in istituti a carattere carcerario, dove non vi era alcun tipo di cura e assistenza, ma solo punizioni (Ciambello et al., 2005, pag. 167). Ciò che rimase del pensiero ippocratico fu cercare in tutti i modi di far uscire il demonio dal corpo che si credeva posseduto attraverso la tortura: facendo soffrire di fame, scaricando scosse nervose, bastonando e torturando a

sangue. Queste erano considerate cure durante il periodo sopracitato (Ciambello et al., s.d., pag. 168).

Dal sedicesimo fino al diciannovesimo secolo, vi fu un lungo processo di cambiamento, si passò dai secoli della segregazione alla liberazione dei pazzi (Ciambello et al., 2005, pag. 167).

Nei primi anni del 1500, la chiesa attraversò una grande crisi, per via di Martin Lutero che fu contro la chiesa per falsa dottrina e quanto successe per via del Sacco di Roma. Oltre a ciò, la popolazione si spostò dalle campagne verso le città (Ciambello et al., 2005, pag. 167). Dopo tutti questi avvenimenti la chiesa perse la sua immagine, quindi cercò di agire per riprendersi nel campo dell'assistenza. Roma decise di diventare il centro per quanto riguarda l'attività assistenziale, vari riformatori cattolici iniziarono a fondare asili e ricoveri per le persone che necessitavano di assistenza (Ciambello et al., 2005, pagg. 168–169). Verso la fine degli anni 40 del XIV secolo, Diego e Angelo Bruno due nobili navarresi e un cappellano del monastero di Santa Caterina della Rota, decisero di accogliere e fornire vitto e alloggio ai forestieri, inseguito dai folli (Ciambello et al., 2005, pag. 169). Poi alla Confraternita si decise di accogliere unicamente i pazzi. Da lì, i malati mentali ebbero le prime istituzioni ufficiali, dove venne data assistenza. Questi furono uno dei primi modelli di assistenza nell'ambito psichiatrico in Italia (Ciambello et al., 2005, pag. 169). In queste nuove istituzioni la figura dell'infermiere che si occupava del pazzo era ancora inesistente, ma al loro posto vi furono dei guardiani, mentre l'assistenza era basata su principi di carità. In questo periodo i metodi di coercizione non venivano ancora usati (Ciambello et al., 2005, pag. 169).

Verso la fine del XVI secolo, la mentalità iniziò a cambiare nuovamente, i pazzi iniziavano ad essere rinchiusi in luoghi riservati e lontani dagli occhi delle persone "normali", in modo da isolarli, anche il metodo di gestione iniziò a cambiare, veniva usato il nerbo e la catena per gestire le persone agitate (Ciambello et al., 2005, pag. 169).

Nel XVII secolo, arrivarono grandi cambiamenti per quanto riguarda l'assistenza del malato mentale (Ciambello et al., 2005, pag. 169). Il lato caritatevole iniziò a scemare, nella Confraternita Santa Maria della Pietà vennero promosse delle regole, dove in primo piano vi era la contenzione forzata, quindi si tornò alla visione iniziale del matto, ovvero custodire e non prestare assistenza (Ciambello et al., 2005, pag. 169). I folli vennero considerati come dei criminali, vennero reclusi, contenuti e puniti, in questi ambienti la condizione igienica e di vita era molto precaria (Ciambello et al., 2005, pag. 169).

Verso la fine del secolo dell'illuminismo, nell'ambito della psichiatria iniziarono ad arrivare grandi cambiamenti importanti quasi decisivi per il mondo della psichiatria, con gli ideali che emersero in questo periodo, la dichiarazione dei diritti umani e del cittadino grazie alla rivoluzione francese, anche la visione del folle criminale iniziò a cambiare, tanto da considerare la follia come una malattia (Ciambello et al., 2005, pag. 169). Gli istituti di segregazione vennero chiusi e si iniziò ad istituire luoghi più adibiti per i malati mentali, come i manicomi con le concernenti disposizioni legislative (Ciambello et al., 2005, pag. 169). Grazie alla Rivoluzione francese e alle sue istanze di liberazione verso le persone emarginate, il folle venne liberato dalle catene (Ciambello et al., 2005, pag. 169).

In questo secolo Philippe Pinel, portò una visione completamente diversa nella psichiatria, la reputava una scienza positiva autonoma, che si differenzia dalla medicina, il suo metodo innovativo di cura si orienta verso un fattore psicologico e il rapporto di fiducia da creare tra curante e paziente. Tra i primi cambiamenti ci fu il reinserimento del pazzo nella società (Ciambello et al., 2005, pag. 169). Grazie a Pinel, anche la visione di medico del folle venne cambiata, questa figura rappresentava qualcuno che domina la

malattia, e quando entrava nell'istituto lui rappresenta la legge, padre e famiglia (Ciambello et al., s.d., pag. 170).

In questa nuova epoca di nascita per il manicomio, i pazienti mentali vennero iscritti al casellario giudiziario, ciò fa comprendere l'atmosfera autoritaria presente in quel tempo (Ciambello et al., 2005, pag. 169).

Nonostante, tutti questi nuovi cambiamenti positivi, il manicomio venne comunque visto come un centro di potere, un posto dove l'identità delle persone veniva distrutta, un percorso nell'umiliazione e violenza psicologica (Ciambello et al., 2005, pag. 169). I pazienti vennero accolti da figure che indossavano una divisa, camice bianco. Questi pazienti vennero sottoposti ad uno spoglio.

“Goffman descrisse la carriera del malato mentale all'interno dell'istituzione, l'importanza della sottrazione degli abiti, degli oggetti, della sua stessa identità sociale, inserito in un modo anonimo affine a quello carcerario, governato da una complessa e ferrea piramide di potere” (Ciambello et al., s.d., pag. 171).

Intanto in Svizzera Eugen Bleuler contribuì in maniera decisiva ad aumentare la fama della psichiatria zurighese. Bleuler fu in Europa tra i primi direttori che gestirono le cliniche psichiatriche e fu uno dei primi ad interessarsi alla psicoanalisi freudiana (Bleuler, Eugen, s.d.). Riprese numerose idee psicoanalitiche, elaborò il concetto di schizofrenia che considerava una malattia accessibile dal piano psicologico (Bleuler, Eugen, s.d.). Introdusse in psichiatria i concetti di ambivalenza e di autismo inoltre, mise l'attenzione sul rapporto fra contenuto della psicosi e la storia della persona (Bleuler, Eugen, s.d.).

Nel novecento l'infermiere iniziò ad assumere un nuovo ruolo in psichiatria (Ciambello et al., s.d., pag. 171). L'infermiere ebbe il ruolo all'interno della psichiatria di colui che segue la vita, ma anche ciò che la compone, ovvero la disperazione, le manifestazioni di pazzia e anche la morte di questi pazienti (Ciambello et al., s.d., pag. 171).

Verso la fine degli anni 60 ci fu un cambiamento nella legislatura ospedaliera, perciò anche nei manicomi, grazie alle proposte del parlamento italiano (Ciambello et al., s.d., pag. 171). Per via della crisi all'interno del parlamento questa nuova legge non fu del tutto applicata, ma nonostante ciò potenziò il personale sanitario, questo portò ad introdurre il concetto di multidisciplinarietà, introducendo nuove figure nell'équipe, come quella dello psicologo, igienista e assistente sociale (Ciambello et al., s.d., pag. 171). Uno dei cambiamenti più importanti fu: i servizi d'igiene mentale furono riconosciuti dalla legge. Vi è inoltre la possibilità di farsi ricoverare volontariamente e infine, avvenne l'annullamento dell'iscrizione dei malati mentali al Casellario giudiziario (Ciambello et al., s.d., pag. 171). Nel 1971 in Italia, ci fu un piccolo cambiamento per quanto riguarda la formazione degli infermieri che vollero lavorare in ambito psichiatrico, vennero stabiliti dei requisiti per i corsi di formazione (Ciambello et al., s.d., pag. 171- 172).

Poco dopo iniziò una crisi manicomiale, che nacque proprio dagli stessi professionisti sanitari di questi istituti, i quali iniziarono ad esprimere critiche e osservazioni (Ciambello et al., s.d., pag. 172).

Queste critiche e osservazioni in Italia vennero accolte da Franco Basaglia, per lui i problemi si potevano risolvere solo eliminando la base di tutti questi problemi, ovvero eliminando il manicomio (Ciambello et al., s.d., pag. 171). Basaglia sostenne che:

“eliminandolo viene di conseguenza eliminato il paradigma dell'irrecuperabilità, della separazione senza speranza, della profezia di fallimento” (Ciambello et al., s.d., pag. 172).

Per lui, deistuzionalizzare la follia significò eliminare il concetto non riconoscibile, riportandolo a una logica dell'uomo la cui assenza prima impoveriva l'umanità stessa (Ciambello et al., 2005, pag. 169).

“La radicale eliminazione del manicomio ha cambiato totalmente le carte in gioco, perché ha cambiato la pratica, la teoria, nell’immaginario, il rapporto tra sanità e follia, conscio e inconscio. Questa crisi ha fatto sì che i confini dell’uomo si sono spostati, ha allargato le potenzialità del nostro poter essere, dell’identità, ha esteso la pensabilità a spazi inesplorati, ha inoltre insegnato la dialettica tra crisi e ordine, adattamento e rottura”. (Ciambello et al., s.d., pag. 172- 173)

Infine, nel 1978 ci fu una riforma psichiatrica che consisteva nella legge 180, essa ha portato grandi cambiamenti negli istituti psichiatrici, all'inizio si partì con il concetto di manicomio fino ad arrivare all'assistenza a livello territoriale (Ciambello et al., s.d., pag.173). Basaglia mise in evidenza diversi fattori che mettevano assieme varie risorse, vi furono indicatori cognitivi e affettivi, si arrivò all'idea che ci potessero essere meno infermieri di prima, ma che quelli presenti dovessero essere più motivati, perché più sarà motivato il personale curante, altrettanto sarà motivato l'ambiente familiare e abitativo del paziente (Ciambello et al., s.d., pag.173).

In questa nuova riforma vennero presi in considerazione anche le famiglie, le amicizie e le cooperative, ovvero le reti informali (Ciambello et al., s.d., pag.173). Nonostante tutto ciò le risorse erano scarse, perché proprio gli utenti avevano poche risorse. Per questo motivo il DSM, i Servizi di Dipartimenti di Salute Mentale, si proposero come intermediari tra utenti e le loro famiglie, anche con la società che emargina i malati mentali. Lo scopo principale del DSM fu quello di fare in modo che le persone siano capaci di utilizzare al meglio le risorse e le opportunità che si presentano (Ciambello et al., s.d., pag. 173- 174).

2.2 Lo stigma – una definizione

Lo stigma significa:

“in psicologia sociale, attribuzione di qualità negative a una persona o a un gruppo di persone, soprattutto rivolta alla loro condizione sociale e reputazione: un individuo, un gruppo colpito da stigma psico-fisici, razziali, etnici, religiosi” (stigma¹ in Vocabolario - Treccani, s.d.).

Secondo gli autori Link e Phelan, oltre alla definizione di base:

“lo stigma è la perdita dello stato sociale ed è una discriminazione causata da stereotipi negativi “ (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, s.d.).

Come dice il libro sopracitato, lo stigma verso le persone con una malattia mentale, crea una barriera nei confronti della cura, inoltre porta ad effetti negativi che a sua volta portano a una seconda malattia come ad esempio il self-stigma (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, s.d.).

Prima di passare all'approfondimento del tema, volevo prima trattare in grandi linee l'evoluzione a livello storico dello stigma.

I greci furono i primi ad usare la parola stigma, utilizzarono questa parola per indicare dei segni fisici insoliti rispetto alle altre persone, essi segnarono sul corpo tramite un'incisione o con segni impressi a fuoco, che quella determinata persona era diversa e che doveva essere evitata, specialmente nei luoghi pubblici (Erving Goffman, 2003, pag. 11).

Con l'arrivo del Cristianesimo questo termine iniziò ad assumere un livello metaforico, ovvero a livello religioso, quindi con la presenza di segni sulla pelle, come ad esempio degli sfoghi sulla cute e altri come disordini fisici, ciò è qualcosa di medico che allude alla religione. Alcune di queste invalidità provocano disgusto e preoccupazione (Erving Goffman, 2003, pag. 11).

Quando ci si imbatte in un individuo che non possiede delle caratteristiche che per la società sono ritenute normali si crea un gruppo che lo rende diverso dal concetto sociale di normalità, per questo motivo gli vengono attribuite delle caratteristiche che possono definirlo, pericoloso, cattivo o debole (Erving Goffman, s.d., pag. 13).

Il risultato di questa azione è che la nostra mente, ci porta ad attribuire caratteristiche negative, screditando la persona, visto che viene diminuito il suo senso di essere una persona completa. Quando la persona viene disprezzata in modo significativo si crea lo stigma. A volte lo stigma viene anche definito in tre modi ovvero come una mancanza, un handicap o una limitazione della persona.

Esso si può presentare in due modi: nel primo caso, l'anormalità dell'individuo è già conosciuta e/o ha una caratteristica rilevante, ciò viene chiamata anche come sorte dello screditato. Invece nel secondo caso, chiamata sorte dello screditabile, la caratteristica non è conosciuta, e non percepibile fin da subito (Erving Goffman, s.d., pag. 14). La differenza è importante da considerare, tuttavia può darsi che la persona stigmatizzata possa vivere entrambe le situazioni (Erving Goffman, s.d., pag. 14).

Ci sono tre tipologie di stigma: la prima è a livello fisico. La seconda tratta maggiormente l'aspetto caratteriale, come mancanza di volontà, passioni sfrenate o innaturali, credenze malefiche e dogmatiche, disonestà. Può essere collegato alla mancanza di conoscenza per esempio di malattie mentali, consumo di stupefacenti, disoccupazione, condanne penali, abuso di sostanze, ecc... La terza tipologia di stigma è caratterizzata dagli aspetti che vengono tramandati da generazione in generazione, per quanto riguarda gli aspetti razziali, religiosi (Erving Goffman, s.d., pag. 15).

Negli esempi sopracitati, vengono evidenziate le stesse caratteristiche sociologiche. Una persona che possiede una caratteristica che fa porre l'attenzione, fa in modo che venga escluso dal gruppo sociale definito normale. Quindi, avere uno stigma significa avere differenze non desiderate (Erving Goffman, s.d., pag. 15). Per questo motivo Goffman nel suo libro definisce "normali", gli individui che si spostano dalle caratteristiche negative. Gli individui che sono stigmatizzati vengono discriminati, in quanto non vengono considerati umani. Infatti, queste discriminazioni, portano a una limitazione della possibilità di vita (Erving Goffman, s.d., pag. 15).

Le persone che vengono stigmatizzate, sono coloro che non riescono a compiere delle aspettative, e ad applicarle (Erving Goffman, s.d., pag. 17). Secondo una nostra aspettativa, l'individuo non soddisfa un determinato comportamento che noi ci attenderemmo da lui, ma allo stesso tempo ci sembra che esso non sia toccato da questa incapacità. Una persona con una malattia mentale, pensa l'opposto, ovvero che gli altri non siano esseri umani, mentre lui sì, in quanto isolato dalla sua "pazzia" e protetto dalle sue credenze sulla sua identità (Erving Goffman, s.d., pag. 17). Esso porta uno stigma, ma ciò non sembra creargli alcun problema, o dolore tanto da comportarsi in maniera diversa. Ciò è dimostrato da tutte le storie che si raccontano sui mennoniti, zingari, malfattori incalliti, etc... (Erving Goffman, s.d., pag. 17).

Goffman riferendosi al caso dell'America, disse che vi è in declino i sistemi separati di gratificazione sociale. L'individuo stigmatizzato, ha delle credenze come chiunque altro, sostiene di essere un uomo che merita opportunità e riconoscimenti, come qualsiasi altra

persona, in questo modo creando il suo senso di essere una “persona normale”. In realtà, le sue richieste sono solo per coloro che fanno parte di una determinata categoria sociale, dove egli si sente di appartenere, per esempio quelli del suo stesso sesso, o professione, etc.. (Erving Goffman, s.d., pag. 17). Tuttavia, spesso succede che l'individuo senta che gli altri non lo “accettino”, non portando ad avere dei rapporti di parità. Di conseguenza in alcuni momenti una persona con una malattia mentale avrà la convinzione di sentirsi non adatto (Erving Goffman, s.d., pag. 17). Il risultato che si otterrà è la vergogna causata dal fatto che la persona percepisca una sua caratteristica come un marchio infamante, oppure si renda conto della mancanza di alcuni attributi richiesti. Come detto in precedenza le persone considerate “normali” possono creare questa frattura tra l'io e i requisiti richiesti, tuttavia lo stigmatizzato se si trovasse a doversi confrontare con se stesso, sarebbe assalito da odio verso di sé e dall'autodisprezzo (Erving Goffman, s.d., pag. 19). Per affrontare i vari problemi che portano le persone a essere stigmatizzate, essi possono ricorrere a delle soluzioni dirette per poter correggere un difetto su una base soggettiva che porta al fallimento dell'individuo (Erving Goffman, s.d., pag. 19). In alcuni casi, quando vi sono delle deformità a livello fisico, si ricorre alla chirurgia plastica, per chi è analfabeta, si ricorre all'istruzione, invece per chi ha dei problemi a livello visivo, si ricorre alle cure oftalmiche (Erving Goffman, s.d., pag. 19). Grazie a queste soluzioni, il risultato dello stigmatizzato non sarà la riconquista di uno status completamente normale, ma il cambiamento da uno status di disapprovazione a quello di correzione. Un'altra soluzione che avviene in modo più indiretto, è quella che lo stigmatizzato svolga delle attività che sono considerate non adeguate a chi possiede una determinata caratteristica, considerata non adatta. La sofferenza provocata dallo stigma può avere una reazione necessaria per riscattarsi e mettere in pratica l'attività che precedentemente era stata negata per un difetto (Erving Goffman, s.d., pag. 20). Per concludere, l'individuo che possiede una caratteristica per la quale si dovrebbe provare vergogna, può servirsi di un'interpretazione non conforme dei suoi attributi. È probabile che userà il suo stigma per poter ottenere dei vantaggi secondari, come giustificazione del proprio insuccesso (Erving Goffman, s.d., pag. 20). Inoltre, è anche possibile che usi le sue difficoltà che gli provocano delle sofferenze come un privilegio, per poter accedere con più facilità alla vita privata di altre persone, in quanto le sofferenze servano di aiuto per conoscere altre persone e di conseguenza accedere alla loro vita (Erving Goffman, s.d., pag. 21).

Perché lo stigma associato alle malattie mentali continua a crescere nonostante ci siano continui progressi? In realtà con il passare del tempo, con l'evoluzione della società e i progressi medici, in teoria lo stigma dovrebbe scomparire.

La risposta a questa domanda la si può trovare nel processo di stigmatizzazione. Il processo inizia nell'individuare delle differenze nelle persone e dargli un'etichetta, questo avviene perché questo tipo di persone ovvero quelle psichiatriche assumono dei comportamenti non socialmente accettabili come ad esempio delle bizzarrie, allucinazioni oppure comportamenti legati ai sintomi positivi, però possono anche avere una scarsa cura di sé, isolamento sociale, abbigliamento non adeguato, etc. (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, 2006, pag.71).

Questa etichettatura porta ad emarginare le persone soggette, perché ritenute diverse rispetto alla società a cui si appartiene (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, 2006, pag.71).

Questa prima parte del processo porta alla discriminazione, che sono conseguenze so-

ciali negative, fa sì che il deficit di qualsiasi natura che una persona ha, diventi una situazione a sfavore a livello sociale (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, 2006, pag.71). Nel processo di stigmatizzazione, più precisamente nella seconda fase, avviene l'associazione tra la diversità e gli stereotipi negativi. Bright e Hayward sostengono che, gli stereotipi della malattia mentale tocchino almeno quattro ambiti, la pericolosità delle persone affette da una malattia mentale; la responsabilità della propria malattia mentale; questo tipo di malattia sono incurabili e l'imprevedibilità delle persone affette dalla malattia mentale. Nello specifico l'imprevedibilità e la pericolosità sono dei pregiudizi rilevanti che vanno a condizionare il giudizio collettivo, portando ad avere reazioni di paura, allontanamento ed emarginazione. L'utilizzo in maniera inappropriata di parole in ambito psichiatrico, rafforzano lo stigma in quanto nella società aumenta la concezione di pericolosità e imprevedibilità della persona con malattia mentale (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, s.d., pag. 72).

I pregiudizi sono alla base dello stigma, attribuire caratteristiche negative nei confronti del gruppo stigmatizzato (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, s.d.). Invece alla base dei pregiudizi vi sono gli stereotipi, che sono forme di conoscenza non fondata con evidenze validate dalla scienza o dai fatti, quindi ciò porta a isolare chi purtroppo è soggetto a pregiudizi (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, s.d.).

Gli stereotipi che le persone hanno sul paziente psichiatrico, quali imprevedibilità e pericolosità sono dei preconcetti che vanno a influenzare il giudizio delle persone, portando al terrore, allontanamento ed esclusione. Si può inoltre aggiungere che i media tramite l'uso inappropriato di alcuni termini psichiatrici alimentino lo stigma verso queste persone, facendo sì che la tesi sul paziente psichiatrico ovvero che è imprevedibile e pericoloso si avvalorino ancor più (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, 2006, pag.72).

Il fattore che aumenta la paura nei confronti delle persone affette da una malattia mentale è la paura della violenza, quando si crea un collegamento tra malati mentali e violenza, ne deriva un forte etichettamento cioè lo stigma, perché si percepiscono come pericolosi, perciò si preferisce mantenere le distanze (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, s.d.).

2.3 Lo stigma – Le conseguenze nelle cure

I criteri che il paziente psichiatrico ha interiorizzato dalla società, che portano allo stigma, fanno in modo che la persona si renda consapevole delle sue mancanze. Tutto ciò provoca un danno molto evidente nel paziente psichiatrico, perché lo fa rendere cosciente che non può essere ciò che deve essere (Erving Goffman, s.d.). Si viene a creare il self-stigma, l'utilizzo di stereotipi negativi su sé stessi, un danno decisivo a livello psicologico riferito alla malattia, che porta all'autodisprezzo. Ciò fa in modo che la persona affetta da una malattia mentale si senta inferiore, anormale, portando ad atteggiamenti di rinuncia, quindi a isolarsi ancor più dalla società. (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, 2006, pag. 99 e 125).

Sia dal punto di vista sociale che soggettivo, la stigmatizzazione ha delle conseguenze negative la cui valutazione da parte dello psichiatra risulta difficile in quanto questa tipologia di pazienti ha delle reazioni soggettive provocate dal processo di stigmatizzazione. Lo stigma ha un impatto sulla vita di questi pazienti che li porta a perdere una posizione nella società con la conseguenza dell'isolazione, facilità nell'istituzionalizzazione rendendo più difficile la guarigione e portando a percepire la malattia come cronica. Questi

individui provano delle emozioni negative, la vergogna ad esempio riduce la motivazione nel volersi curare. Inoltre, si isolano dalla società non sentendosi più dei componenti essenziali per la comunità diventando così passivi. Tutto ciò porta al rallentamento della guarigione (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, s.d., pag. 125).

Uno studio sostiene che negli ambiti ospedalieri, chi ha uno stigma nei confronti dei pazienti psichiatrici tende ad avere una risposta infermieristica di tipo gerarchica, basata su valori di autorità e controllo, e mantenendo sia il paziente, che il personale curante e i visitatori al sicuro. In quanto, qualsiasi tipo di atteggiamento tendente all'aggressivo o non normale rispetto a quanto definito dalla società (Finfgeld-Connett, 2009). Questo tipo di utenti vengono in poco tempo categorizzati come pericolosi, da tenere sotto controllo. Gli infermieri di questa categoria tenderanno ad avere delle regole e metodi di comportamento con il paziente molto rigidi, per esempio proponendo subito delle misure di contenzione, oppure avendo un rapporto con il paziente più distaccato rispetto al rapporto che avrebbe con altre tipologie di pazienti, essi potrebbero essere eccessivamente orientati a eseguire un determinato atto, estraniandosi da ciò che il paziente può provare in quel preciso momento. In alcuni casi si potrebbe avere anche un comportamento leggermente aggressivo o provocatorio perché hanno paura di fare diversamente (Finfgeld-Connett, 2009).

Di conseguenza i pazienti si sentiranno maltrattati e ignorati, tenderanno ad essere poco complianti e la loro fiducia nel sistema sanitario verrà danneggiata (Finfgeld-Connett, 2009), dato che la percezione da parte del paziente di un'assistenza di qualità è correlata alle relazioni interpersonali e che le interazioni personali tra caregiver e pazienti influenzano significativamente la soddisfazione del paziente (Fosbinder, 1994). Nonostante ciò, non per tutti i teorici lo stigma è un termine negativo. Per esempio, l'autore Shih sostiene che alcuni individui vivono il loro disturbo in forma di crescita interiore, provocando uno sviluppo personale portando a credere che questo termine venga considerato positivo (Emanuele Toniolo & Antonello Grossi, s.d., pag. 125).

2.4 Stigma, un approccio sociologico: perché abbiamo bisogno di classificare le persone?

“Intuitivamente possiamo dire che ciascuno di noi è ovviamente circondato, sia individualmente che collettivamente, da parole, idee e immagini che penetrano negli occhi, le orecchie e la mente, che ci piaccia o no e che ci sollecitano senza che ne siamo consapevoli così come migliaia di messaggi trasmessi dalle onde elettromagnetiche circolano nell'aria senza che noi le vediamo e diventano parole nel ricevitore del telefono o immagini sullo schermo televisivo” (Serge Moscovici, 2005, pag. 12).

Le rappresentazioni hanno due ruoli, prima di tutto convenzionalizzano gli oggetti, le persone e gli eventi che incontriamo nella nostra vita, ovvero fanno sì che si adeguino alle norme morali, dando una forma precisa e dandogli una categoria in cui rientrare, riconosciuta e condivisa dalla società (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Quindi qualsiasi nuovo elemento che si presenta nel corso della nostra vita, aderisce a questo modello e si integrano ad esso (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Se non riusciamo a far rientrare questi elementi in categorie, ci sforziamo comunque a farlo anche a costo di non capire, abbiamo bisogno di farlo per stare bene (Serge Moscovici, 2005, pag. 12).

Lo scopo di queste convenzioni è quello di permetterci di sapere cosa sta per cosa, per esempio, se un paziente si presenta con determinati segni e sintomi io saprò che sono legati ad una determinata malattia (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Ci aiutano a poter comprendere e quindi risolvere il problema in due modi, sapere quando interpretarlo in modo significativo e quando ritenerlo come un evento occasionale. A volte, solamente spostando un oggetto o una persona da un contesto, la nostra visione cambia (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). La nostra mente è sempre condizionata da effetti precedenti dovuti dalle rappresentazioni, linguaggio e cultura (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Ciò significa che pensiamo per mezzo di una lingua, i nostri pensieri sono condizionati sia dalle nostre rappresentazioni, che dalla cultura che ci appartiene e viviamo e vediamo solo quello che le nostre consuetudini ci permettono di vedere, ma non siamo consapevoli di tutto ciò (Serge Moscovici, 2005, pag. 14).

L'essere umano è in grado di trasformarsi e diventare consapevole dell'aspetto convenzionale della realtà, allontanandoci da alcuni limiti che ciò ci impone al nostro modo di pensare e di percepire, questo non significa che riusciremo per sempre ad essere liberi da tutte le convenzioni o pregiudizi (Serge Moscovici, 2005, pag. 15). Al posto di cercare di eliminare tutte le convenzioni, esiste secondo lo scrittore una strategia molto valida, quella di scoprire e rendere chiare una determinata rappresentazione (Serge Moscovici, 2005, pag. 15). Al posto di negare le rappresentazioni e i pregiudizi che abbiamo, dobbiamo accettare il fatto che per noi le rappresentazioni sono un tipo di realtà (Serge Moscovici, 2005, pag. 15). Più concretamente dovremmo cercare di separare le rappresentazioni legate alle persone e quelle legate agli oggetti che incontriamo nel corso della nostra vita, oltre a ciò dobbiamo fare uno sforzo a isolare ciò che queste persone o oggetti rappresentano (Serge Moscovici, 2005, pag. 15).

Lewin Kurt disse:

“La realtà, per l'individuo, è in grande misura determinata da ciò che è socialmente accettato dalla realtà” (Serge Moscovici, 2005, pag. 15).

In secondo luogo, le rappresentazioni sono considerate prescrittive, ci vengono imposte con forza, è il risultato di una combinazione presente già prima del nostro pensiero e una tradizione che impone cosa dobbiamo pensare. Queste rappresentazioni non sono parte del nostro pensiero, anzi sono condivise da molti influenzando il pensiero di ogni individuo. Infatti, sono ripensate, ri-citate e ri-presentate (Serge Moscovici, 2005, pag. 15).

Mentre noi facciamo qualcosa con un nostro amico e lui fa o dice qualcosa di strano, gli daremo del pazzo, ma poi rifletteremo su quello che abbiamo detto e ci correggeremo perché volevamo far intendere altro, che non è un genio, questo fatto lo definiremo lapsus freudiano, ovvero (Serge Moscovici, 2005, pag. 16):

“ secondo S. Freud e la psicanalisi, tali errori sarebbero spesso dovuti a motivi inconsci che rivelano un impulso in contrasto con ciò che si sarebbe voluto dire o scrivere: di qui l'espressione lapsus freudiano con il quale vengono indicati, soprattutto quando si tratta di scambi di lettere o situazioni di nomi e parole, corrispettivo per il linguaggio di ciò che l'azione sintomatica è per il comportamento” (lapsus in Vocabolario - Treccani, s.d.).

Vedendo questa situazione ci verrebbe facile vedere che le rappresentazioni che abbiamo di un determinato fatto, non è direttamente connesso al nostro modo di pensare, al contrario: il nostro modo di pensare dipende proprio da queste rappresentazioni (Serge Moscovici, 2005, pag. 16). Moscovici sostiene che queste rappresentazioni ci vengono

imposte e trasmesse di generazione in generazione, inoltre, sono una sequenza di elaborazioni che nel corso del tempo cambiano, appunto grazie alle varie generazioni (Serge Moscovici, 2005, pag. 16).

“Le nostre esperienze e idee passate non sono esperienze morte o idee morte, ma continuano a essere attive, a combinare e a infiltrarsi nelle esperienze e idee che abbiamo ora. Alla luce della storia, e dell’antropologia, possiamo affermare che queste rappresentazioni sono entità sociali, dotate di vita propria, che comunicano tra loro, che si oppongono l’una all’altra e cambiano in armonia con il corso della vita; che svaniscono, solo per riapparire sotto vesti nuove” (Serge Moscovici, 2005, pag. 16- 17).

Ogni volta che nella nostra vita incontriamo e facciamo conoscenza di persone o oggetti, le rappresentazioni saranno sempre coinvolte (Serge Moscovici, 2005, pag. 19). Tutte le informazioni che riceviamo dal mondo esterno a cui cerchiamo di dare un significato sono dettate dalle rappresentazioni (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Quindi potremmo dire che nella natura del cambiamento le rappresentazioni sono in grado di influenzare un individuo che a sua volta fa parte della società (p. 19- 20). Gli individui e i gruppi di persone producono delle rappresentazioni durante la comunicazione tra essi (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Bisogna dire che le rappresentazioni non vengono create solo da una singola persona, una volta che create, hanno vita propria, subiscono cambiamenti nel corso del tempo, vanno tramandate da generazione a generazione, girando fra i gruppi, si mischiano ad altre rappresentazioni e danno origine a nuove rappresentazioni (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Per poter comprendere una rappresentazione bisogna iniziare dall’origine (Serge Moscovici, 2005, pag. 12).

Secondo Durkheim, le rappresentazioni sociali andavano a ricoprire varie forme intellettuali, come quella religiosa, scientifica, dei miti, varie categorie dello spazio e del tempo, questo perché all’interno di qualsiasi comunità emergeva un’emozione, un’idea o credenza, si rivelava far parte di una di queste forme intellettuali (Serge Moscovici, 2005, pag. 27).

Perciò, le rappresentazioni sociali sono un mezzo per poter capire e a loro volta essere espressi in qualcosa che già sappiamo (Serge Moscovici, 2005, pag. 27).

Infatti, *“una rappresentazione corrisponde a ogni immagine a un’idea e ogni idea ad un’immagine”* (Serge Moscovici, 2005, pag. 27).

Il ruolo dei mass media è stato fondamentale, perché hanno accelerato la tendenza, aumentando i cambiamenti (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Hanno aumentato il bisogno di un legame tra la nostra scienza puramente astratta e le credenze, ma hanno anche aumentato il bisogno di un legame tra le nostre concrete attività come individui sociali (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Questo mostra che c’è un costante bisogno di ricostruire un senso comune (Serge Moscovici, 2005, pag. 12).

Allo stesso tempo, le varie popolazioni non potrebbero andare avanti se non ci fossero le rappresentazioni sociali basate sulle forme intellettuali sopracitate, perché le trasformerebbero in realtà condivise (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). L’autore afferma che le caratteristiche specifiche di queste rappresentazioni trasformano le idee in esperienze comuni, e le interazioni in comportamento (p. 29).

Per la domanda perché creiamo queste rappresentazioni, l’autore ha tre ipotesi: la prima consiste nella desiderabilità, ovvero la creazione di immagini o formulazione di frasi da un gruppo di persone o di un singolo individuo, queste frasi e immagini nascondono o esprimono le intenzioni dato che sono provocate da una distorsione soggettiva di una

realtà oggettiva; la seconda è quella dello squilibrio, ovvero sono ideologie e concetti, usati come mezzi per risolvere tensioni a livello emotivo e psichico provocate dal fallimento o dalla non integrazione nella società. Queste compensazioni immaginarie servono per poter ristabilire una stabilità interiore; l'ultima ipotesi è quella del controllo, ovvero vi sono gruppi che creano rappresentazioni con lo scopo di filtrare determinate informazioni derivate dall'ambiente circostante e controllando il comportamento individuale. Infatti, esse sono considerate come una tipologia di manipolazione del pensiero e della struttura della realtà, ad esempio sono metodi di controllo comportamentale e di propaganda (Serge Moscovici, 2005, pag. 37).

Se notiamo bene le rappresentazioni rispondono a un nostro stato di squilibrio, favorendo il dominio di una società sull'altra. Vi è un'altra ipotesi che sembra ancora più plausibile, ovvero che le rappresentazioni hanno lo scopo di rendere qualcosa di sconosciuto, familiare (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Possono essere usate in vari modi, ad esempio accogliendo e includendo ciò che è familiare, in modo da potersi abituare lentamente in modo da integrarlo nelle nostre abitudini, oppure usare la rappresentazione come riferimento, per poter misurare su di esso ciò che accade intorno e che viene compreso da noi (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Infatti, tutte le cose vietate e distanti da noi, argomenti o persone, che abbiamo allontanato o almeno cercato di fare dalla nostra mente, sono sempre dotate di caratteristiche immaginarie, esse ci causano disagio perché sono presenti dentro di noi, in maniera non chiara, e quando si presenta una situazione, noi realizziamo la loro irrealtà che diventa visibile in loro presenza (Serge Moscovici, 2005, pag. 39- 40).

“L'attualità di qualcosa di assente, la non sufficiente esattezza di un oggetto sono ciò che caratterizza la non familiarità” (Serge Moscovici, 2005, pag. 40).

Per rispondere alla domanda del perché noi abbiamo bisogno di etichettare, bisogna prima capire uno dei due processi che stanno alla base delle rappresentazioni sociali. Ovvero: l'ancoraggio, il meccanismo di questo processo consiste nell'ancorare idee inconsuete, di includerle in qualche categoria e creare immagini a noi comuni, in fine inserire queste rappresentazioni in una circostanza familiare (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Questo processo permette di comparare qualcosa di estraneo nel nostro sistema di categorie con un sistema più adatto (Serge Moscovici, 2005, pag. 46). Ciò significa che se io vedessi una persona che si comporta in maniera non usuale e la reputo pazza, essendo questa persona il mio riferimento, penserò che tutte le persone pazze assomiglieranno ad esso anche se non è così (Serge Moscovici, 2005, pag. 12).

Possiamo dire che il processo di ancoraggio è classificare e dare un nome a qualcosa che per noi è sconosciuto, altrimenti per noi cose aliene, irreali e nello stesso tempo paurose, questo ci porta a prendere le distanze, quando non siamo in grado di descrivere qualcosa (Serge Moscovici, 2005, pag. 12).

“Classificando ciò che non è classificabile, assegnando un nome a ciò che è innominabile noi siamo in grado di immaginarcelo, di rappresentarcelo” (Serge Moscovici, 2005, pag. 46).

La neutralità è vietata, per il fatto che abbiamo bisogno di sapere se un oggetto o persona rappresenta qualcosa di positivo o negativo (Serge Moscovici, 2005, pag. 12).

Classificare, indica il fatto che ci limitiamo solo ad un certo tipo di comportamenti e di regole che decretano ciò che è permesso o contrario questo, in rapporto a tutte le persone incluse in questa classe (Serge Moscovici, 2005, pag. 12).

Se fosse vero tutto quello detto in precedenza, ovvero che noi classifichiamo e giudichiamo oggetti e persone in base a un riferimento, di conseguenza tenderemmo a fare

più attenzione e a selezionare delle caratteristiche che rappresentano di più questo riferimento (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Facendo questo processo non riusciremo mai a conoscere fino in fondo una persona, ma cercheremo solo di riconoscerlo e collocarlo in una determinata categoria in base alle sue caratteristiche (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Perciò, quando una caratteristica è positiva, noi accetteremmo la cosa o persona, mentre se è negativa la rifiuteremmo (Serge Moscovici, 2005, pag. 12). Precisando che è negativa manterremo la distanza e considereremmo la persona o l'oggetto differente dal riferimento, ma allo stesso tempo continuerebbe la nostra ricerca nel cercare di comprendere cosa lo renda diverso (Serge Moscovici, 2005, pag. 12).

In conclusione, facendo tutto ciò, cioè cercando di classificare, rispondiamo alla domanda se è normale o anormale (Serge Moscovici, 2005, pag. 12).

“Nella nostra società, dare un nome, concedere un nome a qualcosa o a qualcuno, ha un significato molto speciale. Nel momento in cui assegniamo un nome a qualcosa, noi la liberiamo da una disturbante anonimità per dotarla di una genealogia e per includerla in un complesso di parole specifiche, per collocarla, di fatto, nella matrice d'identità della nostra cultura. Infatti, ciò che è anonimo non può diventare un'immagine comunicabile, o essere collegato ad altre immagini” (Serge Moscovici, 2005, pag. 46).

2.5 L'accettazione incondizionata (accoglienza)

Dopo aver descritto lo stigma da più punti di vista, voglio presentare ora una modalità di presa a carico relazionale che consente all'utente psichiatrico di essere accolto in un reparto di cure generali. Ritengo infatti che accogliere e accettare incondizionatamente una persona in qualsiasi ambito di cura, favorisca l'innescò del concetto di aderenza terapeutica e fugga così dalle rappresentazioni alla base dello stigma nei suoi confronti.

Nell'ambito psichiatrico, l'accoglienza rappresenta un passaggio fondamentale a livello di organizzazione, ed è importante per il paziente psichiatrico garantirne l'accesso appropriato, ovvero una struttura psichiatrica, nel medesimo tempo è utile e fondamentale poter fornire risposte di qualità (Livia Bicego et al., 2008, pag. 117).

Vi sono diversi obiettivi per l'accoglienza, uno di questi consente di capire in maniera completa e precisa il paziente, ciò permetterà di poter assicurare un servizio adatto al paziente (Livia Bicego et al., 2008, pag. 118).

Il compito di un infermiere è di mostrare fin dall'inizio la professionalità e l'esperienza nell'accogliere la domanda, significa dimostrare capacità e sensibilità nella comprensione. Oltre ad accogliere sensazioni, emozioni, deve anche mostrare una sensibilità come operatore attento, preparato, esperto e competente in grado di distinguere e di comprendere la reale richiesta d'aiuto, anche nelle situazioni dove le domande sono mascherate, dove vi sono situazioni molto più complesse e critiche, e solo se queste richieste vengono accolte in tempo reale, si possono evitare decorsi negativi (Livia Bicego et al., 2008, pag. 118). In questo primo momento dove avviene l'accoglienza dell'utente, cogliere le criticità nascoste e non dette può contraddistinguere in maniera significativa il proseguire dell'intervento (Livia Bicego et al., 2008, pag. 118).

Nel processo d'accoglienza vi sono diversi punti fondamentali che comprendono la rilevazione e la considerazione della domanda e degli aspetti nascosti, la verifica e la valutazione di tutti gli aspetti che compongono la persona (Livia Bicego et al., 2008, pag. 120).

Accoglienza *“è ascoltare e permettere all’individuo di collocare la sua esperienza in una prospettiva storica. Queste storie vanno lette cercando di aprire oltre agli occhi, anche il cuore”* (Livia Bicego et al., 2008, pag. 125).

Il ruolo dell’infermiere è fondamentale nell’accoglienza, l’essere disponibile ad accettare il paziente così come si presenta, offrire all’individuo un luogo dove sentirsi protetto e un modo per poter instaurare dei rapporti ben disposti con altri operatori, fondamentali anche per sentirsi al sicuro. Gli operatori devono essere in grado di integrarsi per poter dare una risposta rispetto al contenimento nel momento in cui il paziente presenta episodi di aggressione, di confusione e del suo stato di frammentazione o angoscia. È anche importante che l’infermiere si occupi della cura del paziente, quando è possibile (Maria Ausilia Tacchini, 1998, pag. 49).

Per garantire una relazione autentica, l’operatore come detto in precedenza, deve essere autentico e ben integrato, il punto fondamentale in questo tipo di relazione è essere se stessi, e la sua è fedelmente rappresentata. È importante che coscientemente o incoscientemente l’operatore non si ponga in base alla situazione, ma è sufficiente che sia reale e se stesso durante il corso del colloquio. La relazione autentica richiede autenticità anche in situazioni non ideali per la psicoterapia, in alcune situazioni si potrebbe provare paura nei confronti del paziente oppure si è distratti poiché focalizzati in altro, come su problemi personali. Quindi si tende ad ascoltare l’altro con difficoltà. Se il professionista è capace di vivere liberamente i suoi sentimenti, come vive altre sue emozioni, allora la condizione che abbiamo definito nei punti precedenti esiste. Tutto ciò non significa che bisogna parlare di se stessi, o usare il momento della relazione per esprimere i propri sentimenti, ma non si deve nemmeno ingannare il paziente a proposito di se stessi (Carl R. Rogers, s.d., pag. 55).

Un’altra condizione che il professionista sperimenta durante la relazione autentica, è una considerazione incondizionata e positiva, nel momento in cui esso si sente di accettare ogni aspetto che il paziente ha sperimentato, in quanto essere una parte essenziale di esso. Non vi sono imposte delle condizioni per l’accettazione, ma vi è un apprezzamento della persona che si ha di fronte. Questo significa accettare tutti i sentimenti che il paziente esprime, da quelli negativi, come la paura e il dolore, sentimenti di difesa o altri sentimenti anomali, a quelli positivi e buoni, come sentimenti che esprimono fiducia o maturità. Tutto ciò significa che bisogna interessarsi alla persona, non in modo possessivo oppure in maniera da soddisfare solo i bisogni del terapeuta, ma significa che bisogna interessarsi alla persona in quanto distinta che ha sentimenti ed esperienze personali (Carl R. Rogers, s.d., pag. 56). Il terapeuta deve sperimentare un atteggiamento positivo e comprensivo, dando valore alla persona e considerandolo in quanto tale con delle potenzialità, senza considerare il comportamento di quel preciso istante (Carl R. Rogers, s.d., pag. 94). Tutto questo comporta una totale disponibilità nei confronti del cliente, Rogers lo compara ad: *“un certo tipo di amore per il cliente, così come egli è. Quanto è descritto è un sentimento non paternalistico, non superficialmente e piacevolmente sociale; rispetta l’altra persona in quanto la considera distinta da sé, e non cerca di possederla. È un tipo di interesse pieno di forza che non pretende nulla”* (Carl R. Rogers, s.d., pag. 94).

Un’altra condizione importante che il professionista possiede nei confronti del paziente è l’empatia. Questa condizione si tenta di descrivere come se:

“sentissimo in modo personale il clinete come se fosse nostro, senza mai perdere questa qualità del “come se”, questa è empatia; sentire l’ira, la paura, il suo turbamento”. (Carl R. Rogers, s.d., pag. 57).

Se il terapeuta sente il mondo personale del paziente in maniera da potersi muovere in libertà, di conseguenza il professionista è in grado di dare un significato a tutti quei aspetti esperienziali del paziente di cui è poco conscio. Questa condizione descritta è dichiarata da Rogers, che la definisce come:

“essenziale nel rapporto, il terapeuta sperimenti una profonda comprensione empatica del mondo privato del suo cliente, e sia capace di comunicare qualche aspetto importante della sua comprensione. Sentire il mondo più intimo dei valori personali del cliente come se fosse proprio, senza mai però perdere la qualità del “come se”, è empatia. Sentire la sua confusione, o la sua timidezza, o la sua ira o il suo sentimento di essere trattato ingiustamente come se fossero propri, senza tuttavia che la propria insicurezza, o la propria paura, o il proprio sospetto si confondano con i suoi” (Carl R. Rogers, s.d., pag. 92).

Dal momento in cui il terapeuta ha in chiaro il mondo del paziente tanto da potercisi muovere liberamente, a quel punto sarà in grado di comunicare al paziente la sua comprensione di ciò che gli è noto e dare dei significati ad alcune esperienze dove il paziente è scarsamente consapevole. Questo tipo di empatia profondamente sensibile, è fondamentale per far sì che una persona sia capace di avvicinarsi a se stessa, modificarsi, imparare ed evolversi.

È importante comunicare all’altro la propria volontà di voler capire, nonostante esso sia confuso, bizzarro o incoerente. Il fatto che i sentimenti dell’individuo vengano presi in considerazione, viene compreso e lo rende partecipe dell’importanza che si attribuisce alla sua persona (Carl R. Rogers, s.d., pag. 93).

Per quanto concerne la relazione d’aiuto, la qualità dell’incontro interpersonale con il paziente, è l’elemento più rilevante che determina l’efficacia, e la riuscita (Carl R. Rogers, s.d., pag. 88).

Con questo tipo di relazione il terapeuta è disponibile ai propri sentimenti, ed è perciò capace di viverli, di essere in rapporto con loro e di comunicarli, se opportuno. Ciò permette al professionista di avere un rapporto diretto e personale con il paziente, tuttavia nessuno può raggiungere in maniera completa questa condizione, ma se

“il terapeuta sa ascoltare con accettazione ciò che passa dentro di lui, quanto più sa essere, senza timore, la complessità dei propri sentimenti, tanto più elevata è la sua congruenza” (Carl R. Rogers, s.d., pag. 90).

L’essere autentici, ha il difficile compito di essere strettamente in contatto con l’esperienza dell’altro che fluisce momento per momento dentro di noi, subendo delle modifiche continue in maniera complessa. Perciò quando in una determinata situazione ci si sente annoiati, si ha il dovere nel rispetto del paziente e del rapporto che si è venuto a creare, di dover condividere con lui anche questo tipo di sentimento, ma è importante far capire che il sentimento di noia non significa che vi siano degli elementi che rendono il paziente noioso, questo può portare a un rapporto ancor più profondo. Questo tipo di sentimento esiste nel contesto di una corrente ancor più complessa e mutevole di emozioni, anche questo dev’essere comunicato. Ciò significa che dal momento in cui lo

renderò partecipe di questa disposizione, mi renderò conto che il sentimento di noia mi sta portando a distaccarmi da lui, e che vorrei essergli più vicino. Quando si dice che sprimento un certo tipo di sentimenti mutevoli, si intende dire che dal momento in cui comunicherò il mio sentimento di noia, non sarò più annoiato una volta che gli farò capire questa emozione, perché devo fargli capire me stesso, e dall'istante in cui aspetterò con impazienza e timore la sua risposta, sarò ben lontano dall'essere annoiato (Carl R. Rogers, s.d., pag. 91).

Posso così, in maniera più semplice, cogliere il tono sorpreso oppure offeso nella sua voce, dal momento che il paziente riuscirà a parlare più liberamente, con il professionista che ha osato essere reale, ed imperfetto nella relazione (Carl R. Rogers, s.d., pag. 91).

Una considerazione finale fatta da Rogers su questo argomento:

“il rapporto sarà tanto più efficace quanto più la considerazione positiva sarà incondizionata. Si intende che, il terapeuta dà al cliente un valore assoluto e non condizionato. Ciò significa che, prova un'accettazione positiva, non condizionata, nei suoi confronti. È un sentimento spontaneo, positivo, senza riserve e senza valutazioni; implica l'assenza di qualsiasi tipo di giudizio” (Carl R. Rogers, s.d., pag. 95).

Vi è uno studio che tratta la tematica dell'interazione tra infermiere e paziente (con dei disturbi psichiatrici) che porta a migliorare la guarigione. In seguito vi sono delle strategie relazionali che vanno messe in atto per evitare di stigmatizzare il paziente: gli antecedenti e le conseguenze per facilitare l'interazione tra infermiere e paziente che migliorano il processo di guarigione sono differenti sia per il paziente, che per l'infermiere (Rogers, 1996). L'unico antecedente che l'utente ha, è il bisogno di un intervento infermieristico. Questa esigenza può essere più o meno essere percepita dal paziente (Rogers, 1996). Vi sono tre antecedenti per un infermiere: il primo è un senso di ordinarietà, quel senso dove l'infermiere è prima di tutto un essere umano e riconosce le sue affinità con il paziente attraverso questo senso di umanità, in secondo luogo, l'infermiere ha un vasto repertorio di conoscenze e abilità utili per poter aiutare il paziente a soddisfare i suoi bisogni (Rogers, 1996). Gli infermieri che sono disposti a rivelare quell'umanità nel loro incontro con il proprio paziente sono considerati straordinariamente efficaci (Rogers, 1996).

Il secondo antecedente per un infermiere è la competenza interpersonale, ovvero essere abili nella comunicazione ponendo l'infermiere nel ruolo di “stratega della comunicazione”, ascoltando, interpretando, spiegando e fornendo informazioni in modo conforme alle esigenze del paziente. Inoltre, dovrebbe includere l'uso di parole che riconoscono e affermano i punti di forza e il potenziale del paziente, trasmettendo così speranza e fiducia, piuttosto che tristezza o negatività (Rogers, 1996).

L'ultimo antecedente per un infermiere è quello dell'accettazione incondizionata del paziente e del mondo che lui vede. È considerata come essenziale per l'individuo, se deve essere facilitato nello sviluppo del proprio potenziale. Quindi con l'uso dell'empatia l'individuo può capire che è accettato e rispettato così come è (Rogers, 1996).

Quindi se l'infermiere si avvicinasse ai suoi pazienti e al loro mondo con un senso di ordinarietà, competenza interpersonale e accettazione incondizionata, scoprirebbe che tale utilizzo facilita l'interazione tra infermiere e paziente, che non è difficile e non richiede tempo (Rogers, 1996).

Sempre lo stesso studio propone una strategia per evitare di innescare conseguenze negative nella relazione con questa tipologia di utenti, ricoverati in cure generali, dice che

come primo attributo essenziale, è necessario essere presenti, sia fisicamente, ma anche psicologicamente poiché bisogna essere con il paziente per identificarne le esigenze dell'utente e facilitarne l'incontro di quei bisogni (Rogers, 1996).

Il secondo attributo è la valutazione dei bisogni in base alla conoscenza di sé e alle risorse percepite del paziente. La conoscenza di se stessi porta con sé l'idea che a un certo punto, l'individuo sappia cosa sia sbagliato e cosa lo aiuterà a migliorarsi. Poiché i bisogni insoddisfatti sono molto personali e unici per l'individuo, la percezione del paziente di ciò che ha interferito con la sua salute e la sua crescita sono importanti. L'utente può percepire la necessità di interventi medici implementati nell'assistenza infermieristica, aiutandolo a intraprendere attività di promozione della salute o qualsiasi terapia alla luce di un'esigenza insoddisfatta. Quindi, è il ruolo dell'infermiere identificare ciò che l'individuo percepisce come problema, inoltre deve identificare le risorse a sua disposizione per poter soddisfare i suoi bisogni che al momento sono insoddisfatti e deve sapere che tipo di assistenza infermieristica potrebbe essere necessaria per raggiungere tali obiettivi (Rogers, 1996).

Il terzo attributo necessario, è creare interventi mirati al paziente in maniera creativa, basati sui punti di forza, sul potenziale e sulle sue risorse. Per creativo si intende dire che non per forza devono seguire una linea guida ben precisa, ma bisogna adattarla alle necessità del paziente (Rogers, 1996).

Il quarto attributo viene definito come disinteresse selettivo delle norme, ovvero rompere le regole. Questo può succedere solo nel momento in cui il professionista comprende e apprezza la necessità delle regole e delle procedure, ma è in grado di riconoscere che vi sono alcune situazioni in cui ignorare determinate politiche è essenziale per la creazione di un intervento creativo mirato al paziente (Rogers, 1996).

Il quinto attributo è la fiducia reciproca, si intende dire che l'infermiere si fida del paziente per valutarne e comunicarne con precisione la cura, mentre il paziente si fida dell'infermiere per fornire interventi sicuri, competenti e personalizzati, basati sulla valutazione reciproca delle esigenze del cliente (Rogers, 1996).

Il sesto attributo è il nutrimento, la cura implica che l'infermiere cerchi di comprendere il modello del mondo del paziente, anche se potrebbe essere non coerente con quello dell'infermiere o addirittura della realtà che molti percepiscono.

La cura prevede anche l'uso di interventi infermieristici che facilitino il ritorno del paziente alla salute olistica (Rogers, 1996).

Il settimo e ultimo attributo necessario è quello del health advocacy, l'infermiere interagisce con gli altri per conto del paziente, ogni qual volta che l'individuo non dispone delle risorse necessarie per agire per proprio conto (Rogers, 1996).

Nel loro insieme, i sette attributi sopracitati sono essenziali, e dal momento che tutti e sette gli attributi si incontrano, viene a crearsi l'essenza efficace di un'interazione tra infermiere e paziente.

SUPSI

3. Discussione

Studio	Autori	Anno	Lingua	Campione	Obiettivo	Disegno di ricerca	Risultati	Commento
An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public	Tomoo Fujii, Manako Hanya, Masanori Kishi, Yuki Kondo, Marshall E. Cates, Hiroyuki Kamei	2018	Inglese	Questo studio coinvolge: <ul style="list-style-type: none"> - 186 dottori - 161 infermieri - 192 farmacisti - 331 membri del pubblico generale Tutti i partecipanti sono residenti giapponesi, che sono stati scelti in maniera random.	Confrontare la distanza sociale e la stigmatizzazione verso i malati di mente tra i dottori infermieri, farmacisti e il pubblico generale.	Sondaggio basato su internet	lo stigma degli operatori sanitari nei confronti dei malati di mente ha mostrato di avere un atteggiamento più piccolo e relativamente favorevole rispetto a quello del grande pubblico.	Per correggere lo stigma si suggerisce di avere esperienze a contatto con pazienti con problemi di salute mentale e fare pratica in un ambito psichiatrico.
Health Professionals' Stigma towards the Psychiatric ill in Nigeria	Chukwuemeka Michael Ubaka, Chioma Mirrian Chikezie, Kosisochi Chinwendu Amorha, Chinwe Victoria Ukwue	2018	Inglese	un campione di partecipanti idonei è stato effettuato per comodità da un pool stimato di 680 professionisti della salute composto da soli medici, infermieri e farmacisti.	Valutare la prevalenza della stigmatizzazione tra diversi professionisti della salute.	Sondaggio descrittivo, trasversale e comparativo	Gli atteggiamenti stigmatizzanti sono significativamente alti tra i farmacisti, dottori e infermieri. Soprattutto tra chi non ha mai avuto contatti con la malattia mentale, che osno maschi, con pochi anni di esperienza.	Gli operatori sanitari dovrebbero essere esplicitamente consapevoli dell'impatto che le loro percezioni e l'eventuale giudizio dei gruppi svantaggiati possono avere nel loro ruolo di assistenza.
Attitudes Towards the Mentally ill: A study with health workers at a University Hospital in Rio de Janeiro	Sylvia Rosa Gonçalves Siqueira, Lúcia Abelha, Giovanni Marcos Lovisi, Keli Rodrigues Sarução, Lawrence Yang	2016	Inglese	2435 professionisti della salute: <ul style="list-style-type: none"> - 283 professori di medicina - 445 medici - 260 infermieri manager - 163 neodiplomati 	Valutazione degli atteggiamenti degli operatori sanitari nei confronti delle persone con disturbi mentali	Studio trasversale	>50% degli intervistati indica attitudini negative nell'item dell'autoritarismo e restrizioni sociali. Anche i professionisti divorziati mostrano attitudini negative nell'item della benevo-	Le attitudini negative sono state trovate in professionisti divorziati, o chi ha un livello di educazione inferiore.

				- 901 staff infermieristico/ tecnici/ assistenti di cura 383 other health professionals with secondary school			lenza e ideologia della comunità sulla salute mentale	
Socially restrictive attitudes towards people with mental illness among the non-psychiatry medical professionals in a university teaching hospital in South India	Shashwath, Sathyanath, Rohaan Dilip Mendosa, Anitha Maria Thattil, Varrikara Mohan Chandran, Ravichandra S Karkal	2016	Inglese	<p>Facoltà di medicina e dottori in tirocinio post-laurea che erano disponibili nel campus dell'università durante le 4 settimane di ricerca. Sono stati esclusi medici psichiatrici professionisti e tirocinanti.</p> <p>In totale 155 soggetti, di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 82 membri della facoltà - 73 tirocinanti post-laurea. <p>Età media della facoltà di medicina era di 37.2 anni, e 27.2 anni tirocinanti post-laurea.</p>	Valutare gli atteggiamenti socialmente restrittivi nei confronti dei malati di mente tra i professionisti medici e indagare l'associazione tra tali atteggiamenti e le variabili rilevanti.	Studio trasversale	<p>Individui di età inferiore ai 29 anni, sesso femminile, essere</p> <p>un tirocinante post-laurea, non avendo considerato la psichiatria come</p> <p>una possibile carriera, non avendo avuto distacchi di psichiatria durante</p> <p>stage e contatto meno professionale con malati di mente</p> <p>i pazienti erano i fattori associati a</p> <p>atteggiamento più socialmente restrittivo. Tuttavia, l'associazione</p> <p>tra queste variabili e l'atteggiamento socialmente restrittivo ha fatto</p> <p>non raggiungere un significato statistico.</p>	Lo studio mette in luce la possibile situazione riguardante lo stigma relativo alla salute mentale tra gli operatori sanitari in un paese a basso reddito come l'India. La dimensione del campione dello studio di 130 è relativamente più piccola e il metodo di campionamento seguito non è stato randomizzato.
Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional	Tommy Björkman, Therese Angelman, Malin Jönsson	2007	Inglese	È stato calcolato che 150 persone lavoravano nei due dipartimenti clinici come infermiere registrate o infermiere assistenti. Centoventi di questi hanno partecipato allo studio,	Indagare gli atteggiamenti nei confronti delle malattie mentali e delle persone con malattia	Procedura di campionamento con un disegno in sezione trasversale	I risultati hanno mostrato che il personale infermieristico in cure somatiche, in misura maggiore rispetto al personale infermieristico in salute mentale, ha ripor-	Gli atteggiamenti tra il personale infermieristico sono per molti aspetti paragonabili alle opinioni pubbliche sulle malattie

study among nursing staff in psychiatric and somatic care				corrispondenti all'80% del campione totale.	mentale tra il personale infermieristico che lavora in cure somatiche o psichiatriche.		tato atteggiamenti più negativi nei confronti delle persone con schizofrenia come più pericolose e imprevedibili. Al contrario, l'esperienza professionale, l'intimità con le malattie mentali e il tipo di organizzazione dell'assistenza sono risultate più associate agli atteggiamenti verso malattie mentali specifiche riguardanti la prospettiva di miglioramento con il trattamento e la prospettiva di guarigione.	mentali e le persone con malattie mentali.
Model of Therapeutic and Non- Therapeutic Responses to Patient Aggression.	Deborah Fingeld- Connett	2009	Inglese	15 articoli di ricerca qualitative in lingua inglese, pubblicati tra il 1990 e il 2006, e collegati alla gestione infermieristica dell'aggressività fisica e verbale tra i pazienti con una malattia mentale.	Spiegare un quadro di gestione infermieristica terapeutica dell'aggressività del paziente in contesti psichiatrici.	Metodo qualitative di meta- sintesi	<p>Otto (53%) dei rapporti di ricerca inclusi in questa meta-sintesi sono stati generati dai paesi dell'Europa occidentale o Sudafrica. Una minoranza dei rapporti (47%) proveniva dagli Stati Uniti.</p> <p>L'impegno autentico costituisce il nucleo di due stili di risposta terapeutica (cioè intuitivi ed emergenti), ed è caratterizzato da opportunità radicate in contesti situazionali,</p> <p>reciprocità, impostazione dei limiti e lavoro di squadra. Questi ultimi sono anche indicati</p>	<p>La ricercatrice consiglia agli infermieri di concentrarsi maggiormente sull'impegno autentico (cioè situazionale</p> <p>contesto, reciprocità, impostazione dei limiti e lavoro di squadra) in ambito clinico e</p> <p>ambienti di apprendimento accademico.</p>

							<p>come strategie in questo rapporto. Inoltre, due stili di risposta non terapeutici (ovvero, non flessibili e disimpegnati) sono delineati insieme a risultati terapeutici e non terapeutici.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

SUPSI

3.1 Analisi dei risultati

Le ricerche che citerò nel corso della scrittura di questa tesi, si basano su una scala multidimensionale chiamata CAMI, questo strumento consiste in quattro sottocategorie (autoritarismo, benevolenza, restrizioni sociali e ideologia della comunità della salute mentale) e ognuna di essa ha dieci variabili.

In tutto il mondo lo stigma nei confronti della malattia mentale crea un grande problema, portando a un profondo disagio e disabilità che influisce negativamente sulla qualità della vita delle persone con una problematica mentale (Ubaka et al., 2018).

Purtroppo lo stigma tra le persone con malattie mentali è un fenomeno molto diffuso da ormai tanti anni, i professionisti della salute sono considerati coinvolti nell'aver un atteggiamento negativo nei loro confronti (Ubaka et al., 2018).

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con Disabilità (CPRD) definisce lo stigma come il processo di oppressione sociale vietando alle persone con malattie mentali (o altre disabilità) di godere delle interazioni sociali attraverso la discriminazione, esclusione e negazione dei diritti umani e sociali (Cremonini et al., 2018).

Sebbene la chiusura di grandi istituti di cura mentale alla fine 1940, insieme allo sviluppo dell'assistenza basata sulla comunità, abbia ridotto lo stigma nei confronti dei malati mentali, gli stereotipi moderni descrivono ancora i malati di mente come colpevoli, incompetenti, imprevedibili e violenti (Cremonini et al., 2018). Inoltre, le attuali spiegazioni biologiche della malattia mentale hanno rafforzato l'idea che le persone con malattie mentali sono geneticamente compromesse e che è impossibile avere un recupero completo. Infatti, la società spesso osserva la malattia mentale attraverso lo sguardo della stampa, dei media e dell'industria cinematografica, dove i malati di mente sono spesso gravemente presentati come esseri appunto imprevedibili, violenti e pericolosi. Associare la malattia mentale e la violenza incrementa solo pregiudizi e discriminazione. Anche se le persone con malattie mentali non sono più tatuate o imprigionate come una volta, ne portano ancora dei segni indelebili attraverso la povertà e la privazione dei diritti civili (Cremonini et al., 2018). Anche i malati di mente sono spesso discriminati in vari modi, come ad esempio attraverso la criminalizzazione, la disoccupazione e altre forme di intolleranza sociale, come stereotipi o pregiudizi. Di conseguenza, lo stigma è un grave ostacolo alla salute mentale e alla sua cura (Cremonini et al., 2018).

Infatti, uno studio afferma che alle persone con malattie mentali viene spesso negato un impiego ragionevole e un alloggio da parte dei datori di lavoro, o padroni di casa (Cremonini et al., 2018).

A partire dal 1975, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e il Consiglio d'Europa per le risoluzioni, riconoscono l'importanza di promuovere l'assistenza sanitaria nella salute mentale, ovvero i collegamenti ritenuti pericolosi tra malattia mentale e emarginazione sociale (OMS, 2005) (Cremonini et al., 2018).

Nel 2005, l'OMS ha emesso una Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa intitolato "Salute mentale: affrontare le sfide, costruire delle soluzioni". Il documento ha evidenziato l'importanza di combattere lo stigma e la discriminazione accanto a quella della salvaguardia dei diritti umani e della dignità delle persone con una malattia mentale (Cremonini et al., 2018).

Nonostante i continui miglioramenti culturali e un maggiore accesso alle informazioni, lo stigma nei confronti della malattia mentale persiste, rimanendo così come argomento di dibattito (Cremonini et al., 2018).

Lo studio eseguito nel sud dell'India, dichiara che le attitudini negative verso le persone con una malattia mentale nella nostra professione è uno dei maggiori ostacoli che impedisce un miglior successo nella cura e nella riabilitazione nei confronti dei pazienti psichiatrici (Sathyanath et al., 2016).

Purtroppo, attitudini negative portate dallo stigma nei confronti del paziente psichiatrico sono molto comuni nell'ambiente sanitario, tra gli studenti di medicina, infermieri e dottori, ciò è un grande problema poiché non permette di migliorare i servizi di salute mentale (Sathyanath et al., 2016).

Secondo vari studi eseguiti in Brasile, le attitudini negative vengono messe in atto da professionisti con un basso livello di educazione e scarsa esperienza professionale (Siqueira et al., 2017).

I professionisti in ambito sanitario devono fare attenzione al fatto che le loro attitudini negative vanno ad impattare sulla qualità di vita degli utenti, in questo caso con una malattia mentale (Siqueira et al., 2017).

Molti studi suggeriscono che avere un maggiore contatto con le persone con disturbi mentali in contesti in cui tali individui sono visti in uno stato di parità può ridurre lo stigma che porta a discriminarli (Siqueira et al., 2017)

Secondo questa ricerca che analizza le attitudini verso i malati di mente, risulta che gli operatori sanitari di un ospedale universitario a Rio de Janeiro, ha trovato che la maggior parte dei suoi partecipanti ha riportato atteggiamenti negativi legati principalmente a restrizioni autoritarie e sociali (Siqueira et al., 2017).

Secondo la scala multidimensionale CAMI usata in Brasile a Rio de Janeiro, risulta che i professionisti sanitari come infermieri e tecnici di laboratorio che hanno avuto una scarsa educazione, hanno mostrato più attitudini negative, e assumendo atteggiamenti coercitivi. Ciò ha dimostrato che l'educazione tra gli operatori verso la salute mentale è estremamente rilevante (Siqueira et al., 2017).

Inoltre, questo studio dice che il reinserimento e la riabilitazione degli individui con disturbi mentali dipende dalla sensibilità degli operatori sanitari e dall'incoraggiamento al recupero. (Siqueira et al., 2017).

Secondo una ricerca eseguita in Nigeria le attitudini negative provenienti da uno stigma sono molto alti soprattutto tra i farmacisti, infermieri e dottori, in particolar modo da uomini con scarsa esperienza professionale che esprimono maggiormente un'attitudine stigmatizzante nei confronti di chi soffre di una malattia mentale (Ubaka et al., 2018).

Più le persone con un disturbo mentale saranno stigmatizzate, più si sentiranno con una scarsa autostima, adattamento sociale e qualità della vita. Lo stigma influenza pure l'accesso alle cure, perché le persone saranno più riluttanti a cercare aiuto, nonostante lo sperimentare problemi mentali o emotivi, ciò potrebbe essere visto come un riconoscimento di debolezza o fallimento. Attitudini negative riferite allo stigma possono essere anche un ostacolo alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e alla qualità di vita di chi è soggetto ad essa (Ubaka et al., 2018).

Uno studio eseguito sulle attitudini dei medici nei confronti delle persone con un disturbo mentale nell' Est della Nigeria, dimostra che loro, ovvero i medici, considerano queste

persone imprevedibili, pericolose, senza autocontrollo e aggressive, tutto ciò lo percepisce anche chi non ha niente a che fare con l'ambito sanitario (Ubaka et al., 2018).

Inoltre, lo stigma promuove la discriminazione, aumenta la responsabilità a carico dei pazienti e dei loro caregiver e pone restrizioni all'integrazione, quindi tutto ciò diventa una barriera in Nigeria per poter accedere alle cure per una malattia mentale (Ubaka et al., 2018).

Sempre secondo lo stesso studio risulta che, le persone che non hanno a che fare con questa tipologia di pazienti, esprimono maggiore stigma nei confronti del malato mentale, così, anche i professionisti che non hanno mai avuto contatti con questa tipologia di pazienti esprimono la stessa cosa. Sempre in Nigeria, le donne con una carriera professionale da poco iniziata sono le persone che stigmatizzano di più la malattia mentale (Ubaka et al., 2018).

Nella discussione finale si può leggere che secondo questo studio, le attitudini negative dei professionisti sanitari nei confronti del paziente psichiatrico, possono essere causate da convinzioni culturali negative profondamente radicate e da atti tradizionali che sfociano in una antipatia sociale per tale paziente, infatti tali comportamenti sono manifestati anche dal pubblico generale (Ubaka et al., 2018).

Inoltre, gli atteggiamenti stigmatizzanti espressi da chi si mostra in maniera autoritaria si espongono dal punto di vista della persona malata di mente come una persona inferiore che richiede un trattamento coercitivo. Anche gli operatori sanitari non sono d'accordo nel rispondere con delle affermazioni positive verso il paziente e concordano tutti nel rispondere con affermazioni negative, ciò implica che gli operatori che lavorano negli ospedali dove è stata eseguita la ricerca, reputano che le persone con un disturbo mentale sono inferiori a loro (Ubaka et al., 2018).

Sempre secondo questo studio, risulta che, chi continua a lavorare in un ambito sanitario ed è esposto a varie condizioni cliniche, ha una tendenza a sviluppare delle attitudini di accettazione e tolleranza verso qualsiasi tipo di pazienti, questo vale per le persone che hanno diversi anni di esperienza professionale. Esse tendono ad avere una migliore consapevolezza e conoscenza delle varie malattie e quindi ad avere attitudini più positive (Ubaka et al., 2018).

Le campagne che servono a superare lo stigma associato alle malattie mentali, servono nelle professioni sanitarie a capire meglio questo tipo di pazienti, che permettono di migliorare la qualità dei servizi in ambito psichiatrico (Fujii et al., 2018).

Come detto in una precedente ricerca, anche in questo sondaggio eseguito su internet in Giappone riguardante la distanza sociale e la stigmatizzazione nei confronti dei malati di mente tra medici, infermieri, farmacisti e il pubblico in generale, si sostiene che lo stigma associato alla malattia mentale tenda a manifestarsi con attitudini o comportamenti negativi, con anche una discriminazione verso di essi. Inoltre afferma che ha influenze negative per quanto riguarda lo stabilire una vera relazione di fiducia, e interferisce con i trattamenti di cura, ciò riduce il senso di sicurezza sia a livello della comunità che a livello sanitario (Fujii et al., 2018).

Secondo il sondaggio eseguito in Giappone, le attitudini negative sempre nei confronti della malattia mentale sono spesso viste come una mancanza di forza di volontà per la quale il paziente e la sua famiglia si vergognano (Fujii et al., 2018).

Stabilire una relazione di fiducia con i pazienti è la chiave per un'adeguata cura, è anche importante ed essenziale nella gestione degli ospedali (Fujii et al., 2018).

Anche qui sostiene che avere un buon contatto di qualità con questa tipologia di pazienti aiuta a ridurre lo stigma (Fujii et al., 2018).

Infine, un'ultima ricerca trattata negli Stati Uniti d'America, che come studio tratta un modello terapeutico e non terapeutico nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo, dichiara che negli ambiti ospedalieri, dove lo stigma nei confronti del paziente psichiatrico è presente, gli infermieri tendono ad avere una risposta di tipo gerarchica, quindi si baseranno su dei valori più autoritari, come il controllo, dove mantengono il paziente, il personale curante, e chi viene a fargli visita al sicuro (Finfgeld-Connett, 2009). In quanto la paura nei confronti di questo tipo di utenza porti a credere che qualsiasi tipo di atteggiamenti che mostri una minaccia, o che non sia normale rispetto a ciò che la società dice, essi vengono subito categorizzati come pericolosi, quindi da tenere sotto controllo (Finfgeld-Connett, 2009).

Quindi, l'infermiere che stigmatizza, tenderà ad avere delle regole e metodi di comportamento molto rigidi nei confronti del paziente, favorendo le misure di contenimento, creando un rapporto più distaccato tra infermiere e paziente, e spesso tendendo a concentrarsi su quello che devono fare al paziente, tralasciando il lato emozionale e ciò che può provare in quel preciso momento l'utente (Finfgeld-Connett, 2009). In alcuni casi, l'infermiere può avere anche degli atteggiamenti più o meno aggressivi o provocatori, avendo paura di fare diversamente. Tutto ciò crea malessere nel paziente, che si sentirà maltrattato ed ignorato, portandolo ad essere poco compliant nelle cure e danneggiando la fiducia nel sistema sanitario sarà danneggiato (Finfgeld-Connett, 2009).

4. Conclusioni

Arrivata alla conclusione di questa tesi posso sostenere che i miei obiettivi iniziali posti sia nelle mie motivazioni, e sia nei obiettivi di questa tesi sono stati raggiunti, ovvero attraverso questa tesi sento di aver acquisito maggior empatia verso il paziente psichiatrico, acquisendo delle strategie come quella dell'accettazione incondizionata che permette di accogliere questa tipologia di pazienti. Spero che questa revisione della letteratura mi possa permettere, ma ne sono fermamente convinta che posso essere una risorsa all'interno della mia équipe. Ho appreso il significato di stigma e le sue conseguenze, ma oltre tutto mi ha permesso di acquisire maggior conoscenza sul mondo della psichiatria.

Posso quindi affermare che questa tesi sostiene che lo stigma è presente nelle cure generali verso il paziente psichiatrico, che porta a molte conseguenze verso di esso, rallentando anche il processo di guarigione del paziente stesso.

4.1 Limitazioni

Durante l'elaborazione della tesi non posso negare di aver riscontrato delle difficoltà. Sin da subito mi sono accorta di aver scelto una tematica poco discussa e ricercata, quindi la ricerca dei vari studi è stata al quanto difficoltosa.

Nella letteratura la difficoltà che ho riscontrato maggiormente è il fatto che tanti studi sono stati condotti su pazienti ricoverati in una clinica psichiatrica e non in un ospedale di cure generali, quindi questo fattore mi ha costretto a scartare la maggior parte degli studi. Perciò, ho cercato di trovare degli articoli che includessero la maggior parte dei criteri da me stabiliti in partenza, e in seguito ho incluso gli articoli che mi permettevano di fare una riflessione interessante, nonostante non rispettassero tutti i criteri di ricerca.

Un'altra difficoltà che ho riscontrato e che ho dovuto affrontare, è la mancanza di dati a livello svizzero. Quindi ho dovuto basarmi su dati e fonti di altre nazioni, dove in alcuni casi la realtà di certe situazioni è ben diversa dalla nostra.

4.2 Riflessione sul percorso svolto

Eccomi dopo un anno dall'inizio di questo lavoro, finalmente sono giunta quasi al termine. Sin dall'inizio il pensiero di dover redigere una tesi mi ha entusiasmato, in quanto già diversi mesi prima avevo pensato alla tematica che mi sarebbe piaciuto affrontare, nonostante ciò, mi sentivo spaventata al pensiero di dover intraprendere quest'ultimo percorso che porta alla conclusione della mia formazione, ero consapevole che non sarebbe stato facile. Infatti, nei mesi successivi ho percepito la difficoltà nel trovare gli studi adatti alla mia revisione della letteratura, le informazioni necessarie per completare il mio quadro teorico. La difficoltà maggiore che ho avuto è stata durante gli ultimi mesi scolastici, ovvero il periodo in cui ho svolto lo stage, dove mi sono ritrovata a dover conciliare il lavoro con la stesura della tesi.

Giunta alla fine, posso dire di ritenermi soddisfatta di quanto raggiunto con questo lavoro. Posso affermare che mi ha permesso di crescere sia a livello professionale che umano, sensibilizzandomi maggiormente sulla tematica che ho deciso di affrontare, aiutandomi inoltre a svolgere il mio ultimo stage con un occhio diverso. Ho potuto approfondire le mie conoscenze sulla storia della psichiatria e approccio che hanno fin da sempre affascinato e catturato il mio interesse. Inoltre, la stesura della tesi mi ha permesso di sviluppare e anche imparare la mia capacità di ricerca all'interno delle banche dati. Sono convinta che

ciò mi aiuterà nel mio futuro, in quanto l'ambito della medicina è sempre in continua evoluzione e la professione come infermiere si basa su evidenze scientifiche.

Gli obiettivi che mi sono prefissata all'inizio, posso affermare di essere riuscita a soddisfarli, ho potuto approfondire le mie conoscenze sulla storia della psichiatria e cosa ha portato a creare lo stigma verso i pazienti con una malattia mentale. Ho potuto acquisire maggior consapevolezza su quanto lo stigma possa influire sulla persona e soprattutto nelle cure, portando a delle conseguenze al paziente. Ho potuto capire e imparare quanto sia importante l'accettazione incondizionata nei confronti del paziente psichiatrico, e quanto esso possa aiutare come approccio nelle cure.

Spero che questo lavoro possa essere utile per sensibilizzare il maggior numero di professionisti possibile, in quanto credo che nella carriera infermieristica e non solo ci troveremo tutti ad essere confrontati in un tema simile, non per forza rivolto al paziente psichiatrico, ma chiunque può essere soggetto allo stigma.

4.3 Per una possibile ricerca futura

Per una ricerca futura credo che possa essere interessante fare una ricerca qualitativa, sull'influenza dello stigma in cure generali verso il paziente psichiatrico, nella nostra realtà ticinese. Sarebbe molto interessante capire cosa ne pensano e come si comportano i professionisti sanitari in Ticino. Un'altra ricerca futura interessante invece potrebbe essere, il fatto di capire cosa ne pensano i professionisti che lavorano all'interno di strutture psichiatriche, quanto lo stigma influisce nella loro vita professionale.

4.4 Ringraziamenti

Vorrei ringraziare prima di tutto il mio direttore di tesi, che fin da subito mi ha sempre sostenuto e incoraggiato con molta pazienza a intraprendere questo percorso. Nei momenti di forti dubbi mi ha sempre saputo dare buoni consigli e ha saputo guidarmi nella giusta via affinché io possa svolgere al meglio e con serenità questo lavoro.

Dopodiché vorrei ringraziare la mia famiglia, che mi ha sempre sostenuto nei momenti più duri, tirando fuori sempre il meglio in me.

Infine, vorrei ringraziare un amico speciale, che mi ha fatto cambiare visione verso la psichiatria, sensibilizzandomi e facendomi capire che, chi ha una malattia mentale non significa che sia cattivo e pericoloso, bensì sono persone buone che hanno bisogno di essere capite e sostenute.



Questa pubblicazione, *“L’influenza dello stigma nelle cure generali verso il paziente psichiatrico”*, scritta da Naomi Balasingam, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.

SUPSI

5. Bibliografia

- Bleuer, Eugen. (s.d.). hls-dhs-dss.ch. Recuperato 24 gennaio 2020, da <https://hls-dhs-dss.ch/articles/014296/2004-08-11/>
- Carl R. Rogers. (s.d.). *La terapia centrata sul clinete*. Firenze: G. Martinelli.
- Ciambello, C., Tonino Cantelmi, & Augusto Pasini. (2005). *Infermieristica clinica in igiene mentale*. Milano: Casa editrice Ambrosiana.
- Cremonini, V., Pagnucci, N., Giacometti, F., & Rubbi, I. (2018). Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.007>
- Denise F. Polit, & Cheryl Tatano Beck. (2014). *Fondamenti di Ricerca infermieristica*. Milano: Mc Graw Hill Education.
- Emanuele Toniolo, & Antonello Grossi. (s.d.). *Oltre lo stigma. Strategie di prevenzione in psichiatria: Vol. 9 Psichiatria di comunità*. Torino: Centro scientifico editore 2006.
- Erving Goffman. (s.d.). *Stigma. L'identità negata*. Verona: Ombre Corte.
- Finfgeld-Connett, D. (2009). Model of Therapeutic and Non-Therapeutic Responses to Patient Aggression. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(9), 530–537. <https://doi.org/10.1080/01612840902722120>
- Fosbinder, D. (1994). Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing*, 20(6), 1085–1093. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20061085.x>
- Fujii, T., Hanya, M., Kishi, M., Kondo, Y., Cates, M. E., & Kamei, H. (2018). An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.05.017>
- Lapsus in Vocabolario—Treccani*. (s.d.). Recuperato 3 febbraio 2020, da <http://www.treccani.it/vocabolario/lapsus>
- Livia Bicego, Cristina Brandolin, Cociani, A., Adriana Fasci, & Nicoletta Seme-ria. (2008). *Salute mentale e organizzazione che cura. Infermiere, spazi, azioni, vissuti di cura*. Repubblica di San Marino: Maggioli editore.
- Maria Ausilia Tacchini. (1998). *Professione infermiere nei servizi psichiatrici. Dalla teoria alla prassi*. Milano: Masson.

- Rogers, S. (1996). Facilitative Affiliation: Nurse-Client Interactions That Enhance Healing. *Issues in Mental Health Nursing*, 17(3), 171–184. <https://doi.org/10.3109/01612849609049913>
- Sathyanath, S., Mendonsa, R. D., Thattil, A. M., Chandran, V. M., & Karkal, R. S. (2016). Socially restrictive attitudes towards people with mental illness among the non-psychiatry medical professionals in a university teaching hospital in South India. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 221–226. <https://doi.org/10.1177/0020764015623971>
- Serge Moscovici. (2005). *Le rappresentazioni sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Siqueira, S. R. G., Abelha, L., Lovisi, G. M., Sarução, K. R., & Yang, L. (2017). Attitudes Towards the Mentally Ill: A Study with Health Workers at a University Hospital in Rio de Janeiro. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 25–38. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9431-5>
- Stigma*¹ in *Vocabolario—Treccani*. (s.d.). Recuperato 20 agosto 2019, da <http://www.treccani.it/vocabolario/stigma1>
- Ubaka, C. M., Chikezie, C. M., Amorha, K. C., & Ukwe, C. V. (2018). Health Professionals' Stigma towards the Psychiatric Ill in Nigeria. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 28(4), 483–494. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i4.14>