Università degli studi di Padova

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

Raccomandazioni e Problematicità dell'assistenza Infermieristica al paziente con Disturbo Borderline di Personalità: una Revisione della Letteratura

Relatore: Prof.ssa Calzavara Ornella

Laureando: Picciolato Pietro

Anno Accademico 2014-2015

Indice

Riassunto pag. 1

Introduzione pag. 3

Capitolo 1 pag. 3

1.1 Disturbo di Personalità pag. 4

1.2 Disturbo Borderline di Personalità pag. 5

1.2.1 Cenni storici relativi all'evoluzione del disturbo pag. 5

1.2.2 Definizione della Diagnosi pag. 6

1.2.3 Cenni Epidemiologici del disturbo pag. 7

1.2.4 Comportamenti tipici associati al paziente con DBP pag. 7

1.3 Rilevanza Infermieristica in Relazione al Fenomeno pag. 10

1.3.1 Concetto di Salute Mentale pag. 10

1.3.2 Relazione terapeutica: nell'Assistenza Infermieristica Psichiatrica pag. 11

1.4 Materiali e Metodi pag. 14

Capitolo 2 pag. 15

2.1 Problematicità pag. 16

2.1.1 Atteggiamenti negativi dello Staff pag. 16

2.1.2 Sentimenti negativi dello staff pag. 16

2.1.2.1 Vissuto dello staff pag. 17

2.1.2.2 Lo Stigma nei confronti del paziente pag. 18

2.2 Raccomandazioni pag. 22

2.2.1 Relazione Terapeutica pag. 22

2.2.2 Atteggiamenti Positivi nell'Assistenza pag. 22

2.2.3 Assistenza basata su continuità e regole pag. 24

2.2.4 La Necessità di un Sostegno pag. 24

2.2.4.1 Formazione avanzata pag. 24

2.2.4.2 Supervisione Clinica pag. 25

Discussione pag. 26

Bibliografia pag. 28

Riassunto

Background: Negli ultimi anni si è potuto assistere, all'interno dei contesti di Salute Mentale, ad un aumento della frequenza del paziente affetto da Disturbo Borderline di Personalità. È opinione largamente condivisa da parte del personale sanitario che sia estremamente difficile trattare questa tipologia di pazienti in ottica assistenziale. Dall'esperienza conseguita nel corso del tirocinio si è potuto notare come tali difficoltà si traducevano in una assistenza difforme e discontinua.

Scopo: Lo scopo dell'elaborato è quello di condurre un'indagine al fine, da una parte, di individuare tali problematicità notate all'interno del contesto e di descriverle e, dall'altra, di fornire corrette raccomandazioni, utili all'erogazione di una assistenza infermieristica ottimale.

Materiali e Metodi: L'indagine è stata svolta mediante un revisione della letteratura scientifica tramite la consultazione di Banche dati biomediche quali PubMed e Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) e motori di ricerca generici.

Risultati: La revisione ha dimostrato la presenza di atteggiamenti negativi da parte degli infermieri che compromettono l'assistenza, causati dalla percezione del professionista, il quale vive negativamente l'interazione con i pazienti in questione. Successivamente la ricerca ha fornito anche utili raccomandazioni alle quali l'infermiere può attenersi per ridurre l'insorgenza di tali problematicità, basate prioritariamente sul concetto di relazione terapeutica

Conclusioni: L'elaborato conferma la presenza di problematicità nell'assistenza infermieristico al paziente con DBP, individuando come la scarsa comprensione del disturbo nella sua totalità sia causa della presenza di atteggiamenti, di sentimenti e di pregiudizi negativi nei confronti di questo tipo di paziente. Di conseguenza, il presente documento evidenzia come l'infermiere necessiti della possibilità di approfondire le proprie conoscenze riguardo il disturbo e raccomanda la presenza di uno specifico supporto all'interno del contesto lavorativo quale la supervisione clinica.

Parole chiave: Disturbo Borderline di Personalità, Problematicità, Raccomandazioni, Relazione Terapeutica, Stigma

Raccomandazioni e Problematicità dell'assistenza infermieristica al Disturbo Borderline personalità: una revisione della letteratura

Introduzione e obiettivo dell'elaborato

La necessità di compilare questo elaborato è nata successivamente all'esperienza di tirocinio clinico presso il Dipartimento di Salute Mentale. All'interno dell'Unità Operativa in questione, si sono rese evidenti sin da subito le problematicità che l'intera equipe viveva nella gestione del paziente affetto da Disturbo Borderline di Personalità. Gli stessi pazienti erano soliti assumere atteggiamenti ambivalenti nei confronti del team infermieristico, alternando atteggiamenti cordiali e collaboranti ad atteggiamenti sgradevoli e oppositivi, rendendo l'assistenza estremamente difficile. Tale difficoltà si evidenziava dall'operato dello staff, difforme rispetto a quello diretto a pazienti affetti da altri disturbi: l'assistenza era discontinua e vi era la tendenza, da parte di gran parte degli operatori, a mostrare avversione e riluttanza nei confronti del malato in questione. Il fenomeno analizzato è la ragione che ha portato a compilare questo elaborato ai fini di condurre un'indagine in un contesto più ampio per poter così sia avere una conferma o meno dell'esistenza di alcune problematicità nel contesto pratico, sia fornire corrette raccomandazioni, utili all'erogazione di una assistenza infermieristica ottimale.

Capitolo 1

Ci si accinge a introdurre il concetto di Disturbo Borderline di Personalità al fine di agevolare il lettore ad una miglior comprensione dell'intero elaborato, basandosi prioritariamente sul *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*

Secondo l'edizione quinta del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2014), uno tra i più importanti manuali su base nosografica per disturbi mentali o psicopatologici utilizzato da vari professionisti nelle sanità, il disturbo Borderline di Personalità fa parte della macro categoria dei Disturbi di Personalità

1.1 Disturbo di Personalità

All'interno dell'Asse 2 del DSM-V il disturbo di personalità è descritto come caratterizzato fondamentalmente da un modello o "*pattern*" suddiviso in sei criteri:

***Criterio A**: esperienza interiore e di comportamento deviante le aspettative della cultura dell'individuo che si manifesta in almeno due delle seguenti aree: cognitività, affettività, funzionamento interpersonale o controllo degli impulsi*

***Criterio B**: inflessibile e pervasivo in situazioni personali e sociali*

***Criterio C**: determinante un disagio clinicamente significativo o compromettente del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti*

***Criterio D:** stabile e di lunga durata, e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta*

***Criterio E**: non deve risultare come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale*

***Criterio F**: non attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica (DSM-5, 2014).*

I disturbi di personalità vengono suddivisi in tre sottogruppi o cluster. Del primo cluster(A) fanno parte i disturbi di personalità paranoide, schizoide e schizotipico, caratterizzati da elementi di stravaganza, eccentricità, bizzarria, sfiducia e chiusura nei confronti degli altri, tendenza all'isolamento.

Il secondo cluster(B) si suddivide nei disturbi di personalità istrionico, narcisistico, **borderline** e antisociale con elementi di drammaticità, imprevedibilità e labilità dal punto di vista emotivo.

Il terzo cluster(C) racchiude i disturbi di personalità dipendente, evitante e ossessivo compulsivo con la presenza di elementi quali inibizione, ansia e timore. (DSM-5, 2014)

All'interno del cluster(B) dunque vi è il disturbo in questione che ci si accinge ad approfondire.

1.2 Il Disturbo Borderline di Personalità

1.2.1 Cenni storici relativi all'evoluzione del disturbo

Il disturbo Borderline di Personalità fu studiato approfonditamente per la prima volta dallo psichiatra americano Roy Grinker (1968) spinto nella ricerca, da "*insoddisfazione per il clima vago e incerto in cui la diagnosi di disturbo borderline continuava a rimanere*". Egli analizzò principalmente i dati riguardanti l'aspetto comportamentale: rabbia e impulsività, bassa autostima con tendenze alla depressione, sospettosità, ipersensibilità alle critiche. Krenberg (1967), un altro collega nell'ambito della Salute Mentale, parallelamente definì tale malattia come *"una modalità di funzionamento essenzialmente intrapsichica, specifica e stabile nel tempo, caratterizzata da:*

1. *Diffusione di identità;*
2. *Esame di realtà conservato;*
3. *Meccanismi difensivi molto primitivi e patologici: come scissione, negazione, identificazione proiettiva."*

In questo modo il concetto venne delimitato e associato per la prima volta alla nozione di organizzazione di personalità e distinto sia dal quadro nevrotico sia da quello psicotico. Gunderson (1975) arrivò ad una definizione di altri comportamenti, proseguendo il lavoro di Grinker: gesti suicidari e di tipo manipolativo, basso rendimento nell'ambito lavorativo, buono ma superficiale livello di socializzazione con difficoltà a instaurare rapporti di intimità. Gli studi fatti da Gunderson, sulla base di quelli di Grinker, insieme agli studi di Krenberg, furono rivisti dal docente di psichiatria della Columbia University Robert Spitzer (1979) che utilizzò il termine "*Personalità instabile*" per definire il disturbo di quei pazienti. Nel DSM-3 (1987) gli stessi studi furono considerati la base per la definizione del disturbo, che non verrà più definito come "*Personalità instabile*" ma disturbo Borderline di Personalità fino ai giorni nostri con il DSM-V (2014) (L. Zucconi, 2015; N. Lalli, 1998).

Nonostante la graduale evoluzione avutasi nel tempo però, secondo lo Psichiatra Nicola Lalli, il termine di disturbo Borderline di Personalità rimane comunque indefinito, ponendosi in modo instabilmente tra psicosi e psiconevrosi. Secondo Lalli infatti, il termine è stato per molto tempo utilizzato per definire condizioni leggermente più gravi delle psiconevrosi o le *"schizofrenie lievi"* e non è mai entrato fermamente nel linguaggio

comune come altri termini quali narcisista, schizoide e paranoico. L'impiegare tale diagnosi da parte dei medici, potrebbe essere dunque indicativo di una incertezza diagnostica, tale da poter essere definita come "*diagnosi controtransferale*" (N. Lalli, 1998).

1.2.2 Diagnosi Attuale

Il DSM quinto da una definizione del disturbo Borderline di Personalità (DBP) quale uno "*schema pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in un'ampia gamma di contesti*", definibile dalla presenza di cinque o più di questi elementi:

1. *Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile*
2. *Un schema di reazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione*
3. *Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es. spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate)*
4. *Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono*
5. *Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es. frequenti accessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici)*
6. *Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es. episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore e soltanto raramente più di pochi giorni)*
7. *Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi*
8. *Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante. Sentimenti cronici di vuoto* (DSM-V, 2014)

Secondo il docente di Psichiatria Giovanni Colombo (2010) si evidenzia che il Disturbo di Personalità di tipo Borderline è il disturbo che più esprime le problematiche narcisistiche dell'individuo con la presenza di una avidità affettiva e rabbiosa, alla ricerca di continue conferme esterne che sostengano la propria fragilità affettiva e la bassa autostima. Il

disturbo di personalità di tipo Borderline è da considerarsi il più problematico e complesso in psichiatria per i continui ricoveri ospedalieri, per la frequenza di cadute depressive o per la presenza di comportamenti suicidari ed autolesivi. Secondo l'autore, sono caratterizzanti del disturbo due tipi di suicidarietà: acuta e cronica. Nella situazione acuta, determinata dalla presenza di stati acuti di angoscia, disperazione e rabbia secondari ad una percezione di un mondo vuoto e in risposta a minacce reali e fantasmatiche di abbandono, il paziente tenta seriamente di porre fine alla propria vita in modo diretto e questo si manifesta nel 10% dei casi. La seconda è differentemente caratterizzata da tutti quegli atteggiamenti autolesivi tipici del disturbo: abuso di droga e alcol, guida spericolata, attività sessuali non protette, ecc. I fattori predisponenti che contribuiscono all'insorgenza di questo disturbo sono le esperienze traumatiche vissute dal soggetto durante l'infanzia, quali abusi fisici o sessuali, incuria, perdita o separazione precoce dai genitori. Proprio a causa di queste esperienze il bambino non avrebbe la capacità di integrare un'unica immagine coesa degli aspetti negativi e positivi di sé e degli altri, alternando drasticamente fasi di idealizzazione e svalutazione del proprio sé percependo in alcuni momenti di essere circondato da persone amorevoli e con buone intenzioni e in altri di essere circondato da persone maligne e con cattive intenzioni. L'alternarsi di queste due fasi sarà una condizione costante della sua vita, sempre al limite tra un comportamento adattivo e un comportamento fortemente patologico.

1.2.3 Cenni Epidemiologici del disturbo

L'analisi epidemiologica secondo il DSM-V evidenzia che la mediana della prevalenza del disturbo borderline di personalità nella popolazione mondiale è stimata dell'1,6 %, ma può arrivare fino al 5,9%, mentre la prevalenza del disturbo è di circa il 20% tra i pazienti psichiatrici ricoverati, diminuisce al 6% nei contesti di salute primaria.

1.2.4 Comportamenti tipici associati al paziente con DBP

La letteratura scientifica suggerisce la presenza di comportamenti fedeli ai criteri descritti dal DSM ma contestualizzati nell'ambito pratico. Dagli studi analizzati si possono riepilogare alcuni atteggiamenti tipici che emergono con continuità.

1. Idealizzazione e Demonizzazione

Il soggetto vede l'ambiente circostante in termini assoluti, ovvero vede una realtà che lo porta a categorizzare i membri dello staff in deboli o forti, buoni o cattivi. Solo pochi infermieri sono considerati "buoni" e vengono idealizzati mentre gli altri vengono considerati "cattivi" e demonizzati. Inoltre è possibile che gli infermieri possano cambiare agli occhi del paziente passando da una categoria all'altra. L'incapacità di sintetizzare questi due aspetti contraddittori dell'Io è caratteristica, secondo il modello psicodinamico, del meccanismo di difesa detto *Scissione* e riflette la polarizzazione dei sentimenti intensi nei pazienti di buono/cattivo e amore/odio, che, una volta interiorizzati vengono proiettati verso i vari membri dello staff (Bland e Rossen, 2005; Bland et all, 2007). Lo staff infermieristico viene quindi diviso in "*partiti*": vi fanno parte coloro i quali sono considerati dai pazienti "simpatici" ed "efficienti" (idealizzati) e coloro che, invece, sono considerati "*antipatici*" e "*negligenti*" (demonizzati) (Woolaston e Hixenbaugh, 2008): questo aspetto può dimostrare il concetto psicodinamico descritto sopra.

2. Manipolazione

La manipolazione verso lo staff o verso altri pazienti è un altro comportamento riscontrato nella letteratura. Il paziente è solito assumere un atteggiamento manipolativo al fine di ottenere ciò che vuole, sfruttando anche le più semplici interazioni con lo staff per scoprire più dettagli possibili per la realizzazione del suo "*piano".* (Woolaston e Hixenbaugh, 2008).

3. Minacce e Abusi verbali

Le minacce sono spesso utilizzate per ottenere qualcosa dallo staff e sono spesso tali da compromettere lo stato professionale di un membro dello staff, il percorso assistenziale o, in casi estremi, la salute del paziente stesso. Una testimonianza ha descritto l'assistenza come continuamente a rischio, incapace di trovare un rimedio soddisfacente ad ogni problematica posta e per questo spesso soggetta ad abuso verbale e minacce (Woolaston e Hixenbaugh, 2008). Un'ipotesi sulle cause di queste modalità comportamentali messe in atto dal paziente può consistere in una rabbia intensa e inappropriata difficile da gestire, elemento caratteristico del paziente con DBP, causata dalla persistente paura di un

imminente abbandono reale o immaginario e da una basilare sensazione di solitudine (Bland et al, 2007).

4. Ansia

La risposta del paziente allo stress o all'ansia può essere un'altra fonte di difficoltà, la quale può manifestarsi con paranoia, idee paranoide o sintomi dissociativi (come vedersi irreali). È possibile che vi sia una reazione psicotica e che si manifestino allucinazioni e fenomeni di depressione. (Bland et al, 2007)

5. Autolesionismo

Secondo la letteratura si è soliti associare al paziente in questione un atteggiamento esibizionista, e l'**autolesionismo** è creduta la massima espressione di ciò (O'Connel e Dowling, 2013). Molti pazienti hanno descritto l'autolesionismo come un impulsivo tentativo di sfogo di sentimenti come rabbia, frustrazione e ansia, che si manifesta con gesti violenti, intenzionali e finalizzati. Nonostante ciò, altre fonti spiegano come certe persone, soprattutto coloro con un passato di abusi sessuali nella prima infanzia, potrebbero compiere tali atti non intenzionalmente, durante temporanei stati dissociativi. Tale comportamento, si manifesta, anche, con gesti atti alla lesione del corpo che vanno oltre i limiti stabiliti dalla società, questi includono: tagliarsi, bruciarsi, colpirsi, introdurre corpi estranei all'interno del proprio corpo e ingerire sostanze caustiche. Esso è definito dalla letteratura come una strategia di coping: un tentativo di trovare equilibrio in una instabilità interna permanente dovuta alla presenza di un deficit nello sviluppo, che potrebbe essere conseguenza di un abuso e potrebbe essere innescato dalla paura della perdita e dell'abbandono. La scarsità di empatia e intimità presente sin dall'infanzia nelle prime e fondamentali relazioni, porterebbe il malato ad essere incapace di comunicare i propri sentimenti e a non sentirsi compreso dagli altri, con conseguenti sentimenti di intensa rabbia e frustrazione. Nonostante l'essere soggetto a fenomeni di autolesionismo aumenti molto il rischio di commettere un suicidio, non deve essere automaticamente visto come un tentativo di porre fine alla propria vita. Infatti alcuni soggetti hanno descritto il loro auto ledersi come una risposta in opposizione a pensieri suicidi; per altri, di contro, era finalizzato a porre fine alla propria vita. Infine contrariamente alla comune credenza presente tra i membri dello staff che si tratti di una forma di esibizionismo, molti individui

compiono questi atti nel più totale e ricercato isolamento, aspetto che sfata tale pregiudizio (Emma Jane Weight e Sarah Kendal, 2013; Lamph, 2011; Filer, 2005).

Esistono altri peculiari comportamenti associati al disturbo: il paziente potrebbe passare improvvisamente alle cure di un altro psicologo-psichiatra allontanandosi dal precedente, differenti medici-psicologi potrebbero aver fatto diagnosi diverse sullo stesso paziente a causa delle diverse modalità comportamentali offerte dal paziente stesso oppure il soggetto potrebbe aver sempre espresso un atteggiamenti di iper-normalità e allo stesso tempo riferire di aver vissuto spesso relazioni instabili e tumultuose (G. Colombo, 2010).

1.3 Rilevanza Infermieristica in Relazione al Fenomeno

Al fine di illustrare la relazione del fenomeno all'ambito infermieristico è utile definire alcuni aspetti chiave dell'assistenza nell'area psichiatrica. Si rende necessario dunque definire il concetto di salute mentale, di assistenza infermieristica psichiatrica e quali siano gli strumenti terapeutici principali utilizzati dall'infermiere in tale contesto.

1.3.1 Concetto di Salute Mentale

La Federazione Nazionale Collegi Infermieri (IPASVI) riporta la definizione di salute mentale come concepita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): "*Uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società e rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno*" (IPASVI, 2006). Il modello dinamico racchiude parallelamente i seguenti elementi costitutivi:

1. *Stabilire relazioni con gli altri, soddisfacenti, stabili e il più mature possibili*
2. *Partecipare costruttivamente alle modificazioni dell'ambiente*
3. *Sviluppare la propria personalità investendo le pulsioni istintuali in relazioni sociali (cioè utilizzando la sublimazione)*
4. *Risolvere i propri conflitti in modo equilibrato*
5. *Adattarsi in maniera sufficientemente elastica alle situazioni esterne e ai conflitti interni, così da rendere sopportabili le inevitabili frustrazioni della vita, il dolore e*

la sofferenza che ne conseguono, pur salvaguardando i bisogni istintivi fondamentali

6. *Avere una buona immagine di sé e un narcisismo maturo.*
7. *Possedere un buon senso di realtà e un discreto livello di fantasia e creatività, come requisito di una avvenuta netta separazione tra mondo esterno (oggettuale) e mondo interno (rappresentativo)*

Da un confronto della definizione di Disturbo Borderline di Personalità e il concetto di Salute Mentale, si evince come il malato in questione, necessiti di assistenza. L'articolo 6 del Codice Deontologico dell'Infermiere (2009), infatti, afferma come l'infermiere riconosca la salute in quanto bene fondamentale e come si impegni a tutelarla (IPASVI, 2009). Lo stesso codice deontologico, negli articoli 20,21,22, rinforza tale affermazione esplicando come l'infermiere sia tenuto ad ascoltare l'assistito venendo in contro ai suoi desideri e alle sue necessità e a coinvolgerlo nella pianificazione del percorso assistenziale, essendo a conoscenza dell'iter diagnostico terapeutico e degli effetti che questo avrà sulla relazione con l'assistito e sull'assistenza (IPASVI, 2009). Di fatto viene introdotto il concetto di Relazione Terapeutica.

1.3.2 La relazione terapeutica: la base dell'Assistenza Infermieristica Psichiatrica

"L'instaurarsi di una relazione terapeutica è fondamentale sia per la qualità delle cure sanitarie sia per l'infermiere che fornisce le cure e per l'utente che le riceve. L'infermiere è la figura professionale che passa più tempo a contatto con l'utente e ha quindi una notevole possibilità di influenzare i comportamenti e gli atteggiamenti di quest'ultimo" (IPASVI, 2013).

Hildegard Peplau (1956, 1951) definì per prima la relazione infermiere/paziente come la base della pratica infermieristica. Si occupò nel fondare un modello interpersonale nel quale fosse necessario la presenza di un legame tra il paziente e l'infermiere, andando in opposizione così a alla tendenza del paziente nel ricevere il proprio trattamento in modo totalmente passivo: l'essenza delle sue teorie consiste nella creazione di una esperienza che sia condivisa, quale parte importante del ricovero del paziente. Anche Altschul (1972) osservò che una stretta interazione tra infermieri e pazienti portava ad una riduzione dell'iperattività e ad una riduzione dell'utilizzo di certi farmaci da parte dei pazienti. La

stessa infermiera di Vienna sostenne infatti che il compito dell'infermiere in ambito di salute mentale, fosse quello di servirsi della relazione col paziente al fine di aiutare questo a trovare "*la propria via*". In uno studio condotto dalla Fondazione Australiana per la Salute Mentale (1997), è apparve che gli utenti di tali servizi sanitari desiderano poter usufruire di un luogo che li faccia sentire al sicuro e accettati e dove possano trovare un qualcuno con cui parlare nei momenti più duri, che li possa aiutare a gestire le proprie emozioni e che abbia la volontà di ascoltarli. Parallelamente, Jackson e Stevenson (1998), presentarono i risultati di uno studio qualitativo riguardo cosa gli utenti dei servizi di Salute Mentale richiedessero dalla figura dell'infermiere, dimostrando che "*l'infermiere ideale*" doveva essere in grado di dedicar loro tempo ed energia, essere competente e coinvolto emotivamente. In un successivo studio condotto da Baker (2001), "*l'infermiere empatico*" venne considerato fondamentale per l'erogazione di una buona assistenza nel contesto dell'igiene mentale: gli utenti che parteciparono allo studio della Baker manifestarono il desiderio di poter instaurare una relazione più stretta nella quale l'infermiere sarebbe dovuto essere capace di condividere di più col paziente. (Browne et al, 2012; Mc Andrew et al, 2014). Secondo molti autori dunque durante il periodo di degenza si va a instaurare un più spontaneo legame tra i due, il quale, porta l'infermiere a diventare il principale punto di riferimento per il paziente. Diverrà quindi il compagno dell'assistito verso un percorso riabilitativo basato su una relazione spesa sulla quotidianità. (P. Barelli ed E. Spagnolli, 2010). La relazione tra l'infermiere e l'utente è di fatto una collaborazione che potenzia le risorse dell'assistito e consiste in una cooperazione tra infermiere e utente ma necessita di abilità comunicative efficaci e di un contesto ne agevoli l'instaurarsi (IPASVI, 2013; Wright, 2011).

Secondo più fonti la relazione terapeutica tra paziente con DBP e infermiere ricopre un ruolo fondamentale durante il ricovero (Fallon, 2003: O'Connel e Dowling, 2013) ed è considerata il più importante fattore per ottenere buoni risultati (Woolaston e Hixenbaugh, 2008). Al fine che questa nasca, l'infermiere deve possedere forti capacità empatiche tali da arginare l'incombere della profonda paura dell'abbandono da parte del paziente (Wright, 2011), deve essere ricettivo, entusiasta, flessibile, creativo, paziente e preparato (Fallon, 2003). Altro concetto fondamentale presente nelle Linee guida NICE del 2009 è quello della fiducia. Uno studio qualitativo del Journal of *Psychiatric and Mental Health Nursing* riporta il concetto di "*Fiducia*", identificato sia dai pazienti che dallo staff come

cruciale per l'evoluzione e il mantenimento della relazione terapeutica quale veicolo per l'assistenza al paziente con DBP. Nel contesto relazionale il potersi fidare di un'altra persona è stato collegato al concetto della "speranza", una volta stabilita una buona relazione, il paziente inizia a credere che il professionista sia capace di aiutarlo nella guarigione. Lo staff descrive la fiducia come "*l'ancora"* in grado di mantenere stabile un legame senza il quale diventa molto più complesso introdurre un trattamento più dinamico. Viene enfatizzata poi nello studio l'importanza del conoscere i pazienti: approfondendo la storia completa con riferimento specialmente alle passate esperienze traumatiche spesso presenti nei paziente in questione, i suoi punti di forza e di debolezza, e le sue modalità di coping al fine di poterlo assistere al meglio. Oltre all'onestà, riportata come qualità in grado di conferire maggiore integrità alla relazione, viene stabilita la necessità della presenza di certe condizioni approfondite in seguito: disponibilità e accessibilità, corretta assistenza, ascolto e professionalità.

Disponibilità e Accessibilità: I pazienti hanno suggerito come sarebbe stato per loro di estremo aiuto avere più disponibilità da parte dei terapisti, e, a tal fine, consapevoli di non poter avere la massima libertà, hanno manifestato il desiderio di poter avere degli orari di consultazione stabiliti. Riguardo ciò i terapisti hanno comunque evidenziato l'importanza di stabilire dei limiti, così da non rimanere sopraffatti dalle troppe libertà concesse.

Assistenza: Tutti i partecipanti hanno manifestato l'esigenza di percepire in chiunque li assista l'intenzione di capire le proprie idee e le proprie emozioni, tramite un ascolto sincero, e la volontà di comprendere il loro punto di vista, accettandoli per ciò che sono. Il percepire sé stessi emotivamente e fisicamente al sicuro riveste un ruolo chiave nel mantenimento di una relazione terapeutica: la principale paure dei pazienti era quella di perdere il controllo e di sentirsi poco accuditi o abbandonati. Un aspetto importante riportato dalle interviste riguarda la necessità percepita da parte dei pazienti di stabilire delle regole comportamentali in comune accordo con lo staff. Di conseguenza, prendendo come riferimento la visione di Winnicot (1965), la relazione doveva fungere da "*container*" per il paziente; che conseguentemente alle caratteristiche definenti della patologia in questione, (la presenza di comportamenti impulsivi, l'introduzione di regole e limiti) viene visto come il più giusto antidoto in ambito assistenziale.

Ascolto: Dalle varie testimonianze è emerso che per percepire la sensazione di essere ascoltati in modo sincero il professionista sarebbe dovuto apparire partecipativo e evidentemente preoccupato, sensibile e presente. Ascoltare non implica che la persona capisca, infatti per i pazienti non era importante che la persona capisse ma piuttosto che focalizzasse la propria attenzione sul tono della voce e che tentasse di aiutare loro ad esprimersi. In questo modo è così spiegata la difficoltà nel comunicare i propri sentimenti tanto che era forte l'esigenza da parte dei degenti di essere capiti dai membri dello staff i quali dovevano ascoltare attivamente e stare "*vicino"* alla persona. Questo rappresenta in un grande passo avanti capace di favorire il legame terapeutico e l'apertura del malato con altri.

Professionalità: Per definire il concetto di professionalità sono emersi alcuni requisiti necessari: onestà, confidenzialità, capacità di applicare varie strategie terapeutiche con flessibilità e calma, specialmente quando occorre trattare episodi acuti. Alcuni pazienti manifestarono la volontà di essere trattati come persone, e non pazienti, così da creare una relazione alla pari con i membri dello staff.

Tuttavia, ciò viene spesso disatteso dal professionista e pertanto lo scopo del presente studio è quindi quello di identificare i comportamenti fortemente raccomandati dalla letteratura per migliorare la qualità dell'assistenza, renderla più appropriata ed individuare gli atteggiamenti critici e problematici che invece la impediscono.

1.4 Materiali e Metodi

È stata condotta una revisione della letteratura scientifica principalmente mediante l'effettuazione di ricerche in banche dati biomediche quali PubMed e Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), sono stati anche utilizzati motori di ricerca generici come Google e Manuali e Libri di testo.

Nella consultazione ci si è basati su specifiche stringhe di ricerca e parole chiave, rifinendo la ricerca mediante l'introduzione di determinati criteri di inclusione. La ricerca tramite la banca dati PubMed è stata fatta utilizzando la seguente stringa di ricerca, con il ritrovamento di 120 articoli:

"Borderline Personality Disorder"[Mh]AND("nursing" [mh] OR nursing [SH] OR "nurse's role" [mh] OR "nurses" [mh] OR "nursing care" [MH] OR "nursing staff" [MH] OR "Nursing Assessment "[MH] OR "Nurse-Patient Relations"[Mj]OR "Psychiatric Nursing"[Mj])

Grazie all'utilizzo di combinazioni incrociate quali "*Nurse*" e "*Borderline Personality Disorder*" con "*Stigma*" e "*Therapeutic relationship*", la ricerca su CINAHL ha fornito 110 articoli.

Dopo l'introduzione dei seguenti criteri di inclusione su entrambe le banche dati:

1. Presenza di Fulltext
2. Data di pubblicazione compresa tra 2000 e 2015
3. Lingua Inglese e Italiana

la ricerca ha fornito 48 articoli (PubMed) e 44 articoli (CINAHL). Successivamente dopo una attenta lettura e l'esclusione di alcuni articoli presenti in entrambe le banche dati sono stati inclusi all'interno dell'elaborato 26 articoli, gli altri sono stati esclusi perché doppi (presenti in entrambe le banche dati) o non pertinenti allo specifico argomento. Il reperimento delle Linee Guida NICE è avvenuto tramite la ricerca generica. La ricerca ha avuto fine il giorno 20 Settembre 2015.

Capitolo 2

Si procede dunque a trattare due aspetti che emergono dall'analisi della letteratura ovvero quali sono le problematiche riscontrate in relazione all'assistenza e quali le raccomandazioni che invece rendono efficace la pratica infermieristica nei confronti del paziente con disturbo Borderline di Personalità

2.1 Problematicità

La letteratura definisce la presenza di atteggiamenti negativi da parte dello staff infermieristico quale principale causa di un'assistenza poco efficace nei confronti del paziente con DBP.

2.1.1 *Atteggiamenti negativi dello Staff*

Una revisione della letteratura elaborata dal Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (2010), evidenzia che la maggioranza della letteratura riporta che gli infermieri di salute mentale sono soliti mostrare atteggiamenti negativi nei confronti dei paziente affetti da disturbo Borderline di Personalità, sostenendo che ciò potrebbe essere da ostacolo all'erogazione di una efficace assistenza (Westwood, 2010). Altre fonti riportano che spesso gli infermieri si dimostrano riluttanti (Markham, 2003), poco empatici di fronte alle loro necessità (Forsyth, 2007), più predisposti all'ira (Deans e Meocevic, 2006) e più sospettosi (Woolaston e Hixenbaugh, 2008). Da una fonte letteraria, si ricava come il paziente stesso percepisca la presenza di atteggiamenti negativi nei propri confronti. I pazienti hanno testimoniato di aver colto da parte dello staff un atteggiamento sprezzante, insensibile, giudicante e svalutativo della malattia. Alcune testimonianze dei pazienti hanno riportato che la somministrazione smisurata di farmaci era l'attività preferita da medici e infermieri qualora i pazienti avessero manifestato atteggiamenti oppositivi o poco collaboranti. Molti degenti infatti hanno riportato la sensazione di essere trattati come "*cavie da laboratorio*" all'interno del reparto, inoltre non venivano per il più delle volte mai coinvolti nella pianificazione di un programma assistenziale, come previsto dalla linee guida NICE (2015). Si trattava dunque di un trattamento coercitivo sia nella comunità sia negli ospedali, con scarso coinvolgimento, poca empatia da parte dello staff e molta negligenza. (Rogers e Acton, 2012).

2.1.2 *Sentimenti negativi dello staff*

Da un'analisi più approfondita delle fonti trovate, risulta che l'esistenza degli atteggiamenti descritti sopra è determinata dal percepito degli infermieri, i quali provano sentimenti negativi verso il paziente specifico. La ricerca ha definito che vi sono due cause

di tal fenomeno: una relativa al vissuto dell'infermiere e l'altro relativo a un radicato pregiudizio che lo stesso nutre nei confronti della veridicità del disturbo.

2.1.2.1 Vissuto dello staff

La letteratura afferma che una possibile causa di tali atteggiamenti da parte degli infermieri, sia la presenza di comportamenti degli stessi pazienti descritti sopra che li porti a vivere l'esperienza assistenziale in modo negativo. Per esempio, quando un paziente con DBP va incontro a manifestazioni di rabbia intensa infondata, gli infermieri si possono sentire personalmente attaccati, e percepire un senso di pericolo per i colleghi, per gli altri pazienti e per la propria persona; analogamente di fronte ad atteggiamenti che comprendono richieste irragionevoli e tentativi manipolativi verso altri degenti, gli infermieri possono sentirsi svalutati nella loro professione e ciò li può portare a pensare di aver fallito nell'assistenza con conseguente sentimento di rabbia e frustrazione (Bland e Rossen, 2005). Mediante una intervista a un gruppo di infermieri di salute mentale, il *Journal of Psychiatric and Mental Helath Nursing* si è proposto di analizzare secondo il loro punto di vista l'entità della loro relazione con pazienti con DBP. La definizione che secondo i partecipanti avrebbe descritto meglio il tipo di impatto con i pazienti con DBP era "*Tornado Distruttivo*" e il tipo di relazione: "*ardua*", "*disgregante*" e "*logorante*". Più approfonditamente il termine non si riferisce solo a incidenti avvenuti durante il ricovero, per i frequenti casi di aggressività fisica contro gli operatori e gli altri pazienti o per i tentativi autolesionistici, ma in senso più figurato, all'imponente impatto emotivo percepito dai professionisti. Nella stessa intervista è stato riportato come l'intero staff fosse "*totalmente ossessionato"* da un solo paziente e come più volte fosse solito riunirsi in orario extra lavorativo per trovare delle soluzioni al riguardo (Woolaston e Hixenbaugh, 2008). Altri infermieri di salute mentale dichiararono che lavorare con pazienti affetti da DBP può portare all'insorgenza del "burn-out". La principale causa di ciò era la presenza di un senso di frustrazione dovuto alla percezione che, nonostante gli sforzi, non si fosse in grado di raggiungere dei risultati; altri professionisti invece parlarono dello stesso concetto correlato al sentirsi manipolati dagli utenti (Bridget O'Connel e Maura Dowling, 2013). Un'altra ricerca letteraria ha riportato dichiarazioni di alcuni infermieri, i quali si sentivano colpevoli per un mancato ottenimento dei risultati sperati: secondo un punto di vista psicodinamico il percepire da parte degli infermieri sentimenti di rabbia e colpevolezza

potrebbe essere il frutto dell'interazione con questi pazienti poiché soliti ad utilizzare meccanismi di difesa quali scissione e proiezione (Woollaston e Hixenbaugh, 2008). Da diverse fonti appaiono altri spunti: gli infermieri si sentivano demonizzati, qualcuno dei partecipanti espresse di aver percepito un senso di ingiustizia nell'assisterli e di sentirsi minacciati dagli utenti (Deans e Meocevic, 2006; Woollaston e Hixenbaugh, 2008). È chiaro dalle interviste che questo ultimo aspetto è considerato estremamente logorante per due principali ragioni: primo, sapere che qualcuno sta pianificando qualcosa di spiacevole è una esperienza stressante, secondo, i partecipanti erano soliti provare risentimento nell'essere responsabilizzati per comportamenti percepiti come sotto il pieno controllo dei pazienti stessi. Per esempio una intervistata testimoniò di essere caduta nel panico la prima volta che un paziente la minacciò che si sarebbe tolto la vita a causa sua, trovando quella minaccia "*profondamente terrificante"* (Woollaston e Hixenbaugh, 2008). Altre fonti hanno esaltato il concetto che l'assistenza stessa viene definita come "*assistenza sulle spine*" (Ma et al, 2009).

Si evidenzia dall'analisi della letteratura che tali sentimenti negativi da parte dello staff verso questo tipo di pazienti possano essere la conseguenza non solo di negative esperienze ma anche alla presenza di pregiudizi (Markham e Trower, 2003): il concetto che in modo migliore esprime tale fenomeno è quello di **stigma.**

2.1.2.2 Lo Stigma nei confronti del paziente

Secondo l'enciclopedia Treccani per **stigma** si intende un "*segno*" che rimanda a una differenza dell'individuo rispetto alla norma, cui è connessa l'attribuzione di caratteristiche valutate negativamente. Attraverso il processo di stigmatizzazione l'individuo viene considerato diverso in quanto lo stigma viene reso predominante rispetto ai restanti elementi che lo collocherebbero entro i confini della normalità (Treccani) Seguendo E. Goffman, teorico illustre del concetto, si possono riscontrare tre tipi diversi di stigma: il primo è rappresentato dalle deformazioni fisiche; il secondo tipo dagli aspetti criticabili del carattere che vengono percepiti come mancanza di volontà, passioni sfrenate o innaturali, credenze malefiche e dogmatiche, disonestà, aspetti dedotti, ad esempio, dalla conoscenza di malattie mentali, condanne penali, uso di stupefacenti, alcolismo, omosessualità, disoccupazione, tentativi di suicidio. Il terzo tipo di stigma, infine, è quello di tipo tribale

della razza, della nazione, della religione, che può essere trasmesso di generazione in generazione e contaminare in egual misura tutti i membri di una famiglia (Goffman, 2003).

Sempre secondo E. Goffman, il quale definisce lo stigma come un "*discredito sociale permanente",* esistono quattro fasi che portano all'attribuzione dello *stigma sociale.*

1. La prima fase consiste nella scelta delle differenze (biologiche, psicologiche, sociali o di altro tipo) che possono essere utilizzate per discriminare gli individui. Per es. in termini di differenze biologiche il colore degli occhi risulta di solito irrilevante mentre il colore della pelle assume la forma di categoria sociale.

2. La seconda fase consiste nell'attribuire degli stereotipi negativi a queste categorie *artificiali*.

3. La terza fase consiste nell'operare una distinzione tra *stigmatizzati* e *non-stigmatizzati*.

4. La quarta fase consiste nell'effettiva perdita di status per l'individuo stigmatizzato. (E. Goffman 2003)

In tutti questi esempi di stigma, comunque, vengono evidenziate le stesse caratteristiche sociologiche: una persona che potrebbe essere accolta facilmente in un comune rapporto sociale, possiede una caratteristica su cui si incentra l'attenzione di coloro che lo conoscono, alienandoli da lui, spezzando così il carattere positivo che gli altri suoi attributi potevano avere. Secondo Graham Thornicroft, il concetto di per sé considera tre fondamentali elementi costitutivi interdipendenti tra loro: la mancanza di conoscenza, un radicato pregiudizio e un comportamento discriminatorio (Thornicroft et al, 2007).

Lo stigma verso la **malattia mentale** si fonda sugli stereotipi della pericolosità, dell'imprevedibilità, della desocializzazione attribuita in parte alla inabilità a conformarsi alle regole ed agli stimoli sociali ma anche ad una abulia, una "*mancanza di volontà*" di cui i pazienti sono almeno in parte considerati responsabili: va considerata la complessità dei vissuti e la non conoscibilità di gran parte delle dinamiche psichiche (Thornicroft et al, 2007). Vi è inoltre da considerare, come concetto inerente a questa indagine, anche l'autostigmatizzazione dei malati di mente che cercano di nascondere questa macchia sociale per la vergogna. Il timore di essere isolato e stigmatizzato, fa sì che il paziente psichiatrico non dichiari la sua malattia, impedendogli così anche l'incontro e la

conoscenza con il servizio pubblico (Goffman, 2003). Anche a partire da questo "*mondo interno*" va interpretata la difficoltà a sostenere il peso dell'angoscia e della sofferenza mentale che si avvertono nel rapporto con i pazienti che hanno un disturbo mentale grave.

Il **paziente con DBP**, viene dunque stigmatizzato ancor prima di essere assistito da parte dello staff a differenza di altri pazienti affetti da depressione o da schizofrenia. Secondo Markham e Trower (2003), ci possono essere quattro possibili spiegazioni che potrebbero spiegare l'esistenza di tale fenomeno:

1. Il termine Personalità viene utilizzato in diversi contesti con diversi significati, le persone hanno una consapevolezza implicita i tale concetto in quanto essa è una delle più astratte utilizzate specialmente nella lingua inglese. Dunque il concetto di personalità potrebbe essere soggetto dalla maggioranza ad una comprensione diversa rispetto a quella presente in ambito clinico.

2. Il paziente affetto da disturbo psichiatrico porta implicitamente con sé il concetto di malattia, questo porta a pensare che i sintomi abbiano una causa estrinseca alla persona. Differentemente il disturbo di Personalità non viene considerato come equivalente ad un disturbo come quello schizofrenico o quello depressivo, viene meno infatti quella distinzione tra persona e malattia, tale differenza induce a credere che vi sia intrinsecamente qualcosa di "disordinato" nella persona.

3. Durante l'assistenza ai paziente affetti da disturbo Borderline di Personalità spesso lo staff ospedaliero prova emozioni negative e questo può portare a stereotipare il paziente Borderline come peggiore di altri pazienti psichiatrici.

4. È più facile vedere come malati i pazienti affetti da Schizofrenia e Disturbi affettivi piuttosto che pazienti affetti da disturbi di Personalità. Tale percezione diffonde l'idea che i primi siano meno responsabili dei loro atteggiamenti e conseguentemente più bisognosi di comprensione e assistenza rispetto ad altri.

Secondo l'autore dunque la principale causa di questi sentimenti negativi nei confronti di questo tipo di pazienti trova origine nella percezione da parte dei professionisti che questi siano in grado di controllare i propri atteggiamenti rispetto ad altri tipi di pazienti (Markham e Trower, 2003; Marco Chiesa, 2005). Un possibile spiegazione che potrebbe

spiegare ciò, è data dal fatto che il primo impatto con questo tipo di paziente è quasi sempre positivo, in quanto egli è in grado di presentarsi con comportamenti più "normali" (Bland e Rossen, 2005). Alcuni infermieri intervistati dal *Journal of Clinical Nursing* ne hanno definito l'assistenza iniziale come la "*fase della luna di miele*", dove la relazione tra infermiere e paziente era agevole e propedeutica al trattamento: il paziente cercava di apprendere il più possibile dai vari membri dell'equipe e tentava di consolidare una buona immagine di sé stesso. Successivamente però, subentrava la "*fase del caos*", ove il paziente iniziava a manifestare gli emblematici atteggiamenti negativi: andava oltre i limite e le regole stabilite precedentemente con gli infermieri, manipolava i pazienti e riprendeva le attività di autolesionismo (Ma et al, 2009). Gli infermieri di salute mentale assumono un atteggiamento più "*distante*" proprio perché sono soliti percepire questo tipo di pazienti più capaci di autocontrollo (Markham e Trower, 2003) e quindi meno malati di altri (Emma Jane Weight e Sarah Kendal, 2013); pertanto anche i tipici atti di autolesionismo vengono considerati come finalizzati all'avere più attenzioni (Nathan Filer, 2005) o vengono visti come un deliberato tentativo di sabotare il loro trattamento (Bland e Rossen, 2005). Pertanto nel momento in cui lo staff attribuisce ai pazienti la capacità di controllo dei propri difficili comportamenti cresce la probabilità che questi siano giudicati negativamente come individui: all'interno del contesto clinico, giudicare un paziente in base alle valutazioni date ai suoi comportamenti è controproducente al fine di costruire una buona relazione terapeutica (Markham e Trower, 2003). Un altro esempio a dimostrazione della presenza di un atteggiamento stigmatizzante è tratto da uno studio volto ad esaminare e confrontare le valutazioni di 240 psichiatri su diversi casi. Venne osservato come le risposte dei vari professionisti fossero significativamente diverse in relazione dalla presenza o meno di una diagnosi di disturbo di personalità. Le valutazioni erano più critiche nei confronti dei pazienti affetti da tale diagnosi considerandoli più noiosi e difficili e con scarsa possibilità di miglioramento (Marco Chiesa, 2005). Tali considerazioni dimostrano come vi sia un fenomeno di discriminazione della malattia mentale anche all'interno dello stesso ambito: alla già presente stigmatizzazione da parte della società nei confronti del più ampio concetto di malato psichiatrico si deve dunque aggiungere un fenomeno di ghettizzazione più interna (Marco Chiesa, 2005). La presenza di un così intrinseco stigma può essere la conseguenza dell'incertezza che circonda la

patologia: quando la diagnosi non è chiara può essere più facile presupporre che il disturbo sia meno valido (Emma Jane Weight e Sarah Kendal, 2013).

2.2 Raccomandazioni

Dalla ricerca appare che esistono alcune raccomandazioni utili a garantire l'erogazione di una assistenza efficace verso il paziente con DBP.

2.2.1 Relazione Terapeutica

Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) considera la relazione terapeutica come un elemento indispensabile per una assistenza ottimale al paziente con DBP (NICE, 2015). A questo proposito il NICE ha stabilito i seguenti punti applicando il concetto al paziente in questione:

1. Esplorare le opzioni del trattamento in una atmosfera di ottimismo e speranza, spiegando che il recupero è possibile e raggiungibile.
2. Costruire una relazione basata sulla fiducia, lavorando in modo aperto, coinvolgente e non giudicante, con coerenza e affidabilità.
3. Essere consci, nell' erogare assistenza, che molti di loro hanno avuto esperienza di rifiuto, abuso e vari traumi, e vivendo esperienze di stigmatizzazione nei confronti del loro disturbo e di alcuni loro comportamenti (autolesionismo).

2.2.2 Atteggiamenti Positivi nell'Assistenza

Un altro studio atto a esplorare le esperienze sia dello staff sia dei pazienti, ha riscontrato la presenza di alcune considerazioni per l'erogazione di una buona pratica. Dai dati è stato possibile ricavare quattro possibili atteggiamenti ritenuti positivi da entrambe le parti: comunicare apertamente con il paziente, coinvolgere i pazienti nelle decisioni, che vi sia supporto reciproco e conferire dei ruoli a ciascun paziente.

Comunicazione Aperta: Tre pazienti della comunità furono eletti come rappresentanti dai dei loro pari al fine di poter mantenere contatti più stretti con l'intero staff. Questi

rappresentanti venivano dunque spinti a parlare apertamente agli incontri con gli altri membri dell'equipe, e ciò veniva considerato un fatto utile per entrambi le parti.

Coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni: Secondo gli operatori l'attività più complessa consisteva nel saper gestire il dialogo con i pazienti, ma allo stesso tempo esso veniva visto in modo unanime come un fondamentale mezzo per ripristinare l'equilibrio nel caso i pazienti avesse manifestato atteggiamenti negativi ("*è grazie al dialogo che molto potrebbe essere disinnescato o contenuto*"). Si accompagnava dunque il paziente verso un processo di responsabilizzazione nella gestione del proprio trattamento.

Supportare tra i pari: I vari utenti della comunità erano spinti ad aiutarsi in modo reciproco in quanto lo staff considerava questo aspetto come propedeutico a una buona pratica. Alcuni intervistati hanno dichiarato di essere riamasti stupiti nel vedere i pazienti aiutarsi all'interno della comunità rivelando che assistere a tali atteggiamenti permetteva loro di capire meglio la "*vera personalità nel disturbo di personalità*". Le difficoltà comunque sono emerse in entrambe le parti: l'infermiere doveva, in modo controllato, ridurre parzialmente le sue attività incentivando i pazienti a sfruttare tutte le loro risorse nell'interesse collettività.

Definizione di ruoli: Si usava definire dei ruoli tra i pazienti all'interno della comunità e dei gruppi in modo da portare i pazienti a focalizzarsi su determinate attività. I questo modo era possibile che emergessero le problematiche sociali del paziente che solitamente potevano rimanere nascoste in un contesto dove il paziente era solito non esporsi. Lo staff chiarì poi che l'assistere direttamente alle varie difficoltà interpersonali del paziente ti dava una "*finestra*" in grado far comprendere meglio anche le esperienze vissute in passato permettendo di percepire l'utente come individuo e non solo come malattia: le testimonianza definivano infatti il paziente più "*autentico*" e più "*vero*" (Bowen, 2013).

2.2.3 Assistenza basata su continuità e regole

La continuità assistenziale è stata definita come condizione indispensabile, proprio in questo tipo di pazienti che così spesso si dimostrano incostanti durante il trattamento (Langley e Klopper, 2005).

Porre dei confini e delle regole in accordo con gli utenti è stata poi ritrovato anche da fonti della letteratura quale fattore fondamentale per conferire stabilità alla relazione e crescere il senso di sicurezza nel paziente: a questo proposito è suggerito che porre regole in modo superficiale e illogico, può giocare un ruolo negativo, portando il paziente ad aumentare il proprio stato d'ansia e riducendo il senso di sicurezza (Swift, 2009; O'Connel e Dowling, 2005).

2.2.4 La Necessità di un Sostegno

La maggior parte della letteratura esaminata all'interno della revisione, pone grande enfasi riguardo il fatto che gli infermieri percepiscono che vi sia una scarsità di conoscenze sulla diagnosi e sul trattamento del paziente affetto da Disturbo Borderline di Personalità; pertanto, come raccomandato da NICE (2015) e dall'American Psychiatric Association (2001), è, infatti, generalmente condiviso, che vi sia necessità di una formazione più dettagliata e di una maggiore attività di supporto del lavoro dell'infermeire, quale la supervisione clinica. (King, 2014; Wieght e Kendal, 2013; Giannouli et al, 2009; Woolaston e Hixenbaugh, 2008; James e Cowman, 2007; Bland e Rossen, 2005; Markham e Trower, 2003; Cleary et al, 2002).

2.2.4.1 Formazione avanzata

È possibile che una delle ragioni della presenza di problematicità dichiarate dagli infermieri nell'assistenza a questo tipo di pazienti possa essere rappresentata dalla summenzionata deficienza: è difficoltoso capire perché un paziente continui le attività di autolesionismo e di auto-sabotaggio del trattamento durante il ricovero e questo fraintendimento potrebbe generare risposte negative dallo staff (Bland e Rossen, 2005). A supporto di ciò una fonte ha riportato che gli infermieri sentivano di acquisire abilità utili

per la gestione degli affetti dal disturbo in questione direttamente "*sul campo*" piuttosto che in un contesto didattico come avviene per coloro che sono affetti da schizofrenia o depressione (O'Connel e Dowling, 2005). Tuttavia altri studi hanno dichiarato come la maggior parte dei professionisti della salute mentale, 95% secondo uno studio condotto in Australia (Cleary et al, 2002), fossero ben intenzionati a prendersi carico dei pazienti con DBP considerandoli quindi curabili, a patto che vi fossero le condizione necessarie quali il poter contare su una preparazione più avanzata in relazione all'assistenza del disturbo specifico (Woolaston e Hixenbaugh, 2008; James e Cowman, 2007).

2.2.4.2 Supervisione Clinica

Secondo la letteratura la presenza di una **supervisione clinica** potrebbe ridurre le difficoltà da vissute da parte degli infermieri durante l'assistenza. Essa è descritta come una relazione intensiva e interpersonale tra un membro, o più, dello staff, e un supervisore, il cui scopo è quello di facilitare l'espressione delle diverse competenze. Il supervisore è responsabile del lavoro degli infermieri, portandoli a migliorare la loro assistenza facendoli riflettere sui risultati della pratica garantendo il giusto supporto emotivo e conoscitivo. Il supporto conoscitivo può focalizzarsi su aspetti su argomenti quali l'eziologia, i comportamenti e le attitudini usuali dello staff, e conferisce agli infermieri una maggiore comprensione che possa far cambiare la loro visione dei pazienti e conseguentemente le loro risposte: da una parte i primi non verranno più percepiti con fine minaccioso, manipolativo e esibizionista e dall'altra ci sarà molta più consapevolezza delle proprie percezioni, atteggiamenti e pregiudizi, saranno più empatici e questo faciliterà l'evoluzione di una buona relazione terapeutica (Wieght e Kendal, 2013; Bland e Rossen, 2005). Il supporto emotivo, come è dimostrato dalla letteratura, risulta necessario agli infermieri specialmente nella presa in carico di un paziente affetto da DBP. Il supervisore permette agli infermieri di esplorare metodi formali o informali per sentirsi al sicuro nel contesto di lavoro. Esso acquisisce notevole utilità specialmente con i membri dello staff in di difficoltà di fronte a fenomeni quali autolesionismo e tentativi suicidi (Bland e Rossen, 2005).

Discussione

Dalla ricerca è emerso che la letteratura scientifica internazionale conferma la presenza di alcune problematicità presenti nell'assistenza infermieristica al paziente affetto da Disturbo Borderline di Personalità. Queste riguardano principalmente l'aspetto comportamentale degli infermieri i quali vivono negativamente l'interazione con tali pazienti e assumono atteggiamenti deterrenti in ottica assistenziale. L'indagine a tal proposito ha evidenziato che le cause di tale avversione dello staff infermieristico verso la specifica tipologia del paziente possono essere dovute da:

1. L'aver vissuto precedenti esperienze negative: I complessi comportamenti dei pazienti con DBP, possono complicare l'assistenza rendendo il loro ricovero estremamente stressante per gli operatori sanitari.

2. Lo stigma nei confronti del disturbo: Pregiudizio del professionista sanitario che ha dubbi sulla veridicità della diagnosi e nutre la convinzione che il malato possieda un maggiore autocontrollo dei propri comportamenti di quello effettivo. Questo porta alla convinzione che i comportamenti del paziente siano messi in atto deliberatamente e che non siano conseguenza della malattia.

In sintesi la presenza di scarsa comprensione del disturbo nella sua totalità, è causa, nel personale infermieristico, della presenza di atteggiamenti, sentimenti e pregiudizi negativi nei confronti di questo tipo di paziente. Nel contesto terapeutico questo dà origine a un circolo vizioso tra malati e infermieri dove i comportamenti degli uni alterano negativamente le risposte degli altri rendendo l'assistenza inefficace.

Tuttavia, le ricerche effettuate hanno anche messo in luce l'esistenza di possibili comportamenti/atteggiamenti di contrasto a cattive abitudini diffuse tra il personale infermieristico. Uno di questi consiste nell'instaurazione di una buona relazione terapeutica fondata su determinati canoni quali la fiducia, l'ottimismo e la consapevolezza. Altre raccomandazioni trovate ineriscono a strategie comportamentali e comunicative, che l'infermiere deve attuare con il paziente affetto da DBP alla luce delle caratteristiche del disturbo stesso. Tali strategie consistono nel basare l'assistenza sui concetti di supporto,

onestà e coinvolgimento dell'assistito e in linea con quanto emanato dal Codice Deontologico dell'Infermiere.

Nonostante ciò, l'aspetto condiviso riguarda la carenza di conoscenze e di supporto che il personale lamenta. Secondo le fonti analizzate, l'assenza di una "*impalcatura*" conoscitiva chiara su cui basarsi e di un supporto sul lavoro sono da considerarsi come primi fattori che causano l'insorgenza delle problematicità in ambito assistenziale. Molte fonti affermano che avere una più approfondita conoscenza della malattia, aiuti l'infermiere ad adottare un visione più obiettiva del malato e dei suoi comportamenti con un approccio più scientifico e propedeutico all'assistenza. Parallelamente la presenza di un supervisore clinico aiuta l'infermiere ad avere un buona autoconsapevolezza dei propri atteggiamenti e dei propri stati d'animo contribuendo alla nascita di una buona relazione terapeutica con il paziente. Di conseguenza si è evidenziato la forte necessità di nuove risorse atte al supporto conoscitivo ed emotivo quali la supervisione clinica e la possibilità di approfondire la propria formazione in relazione al disturbo, per eliminare o per lo meno limitare l'insorgenza delle problematiche analizzate e attuare correttamente le raccomandazioni espletate promuovendo così una assistenza ottimale.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2014) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders *DSM-V. American Psychiatric Association*, Washington DC.

American Psychiatric Association (2001) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. *American Psychiatric Association*, Washington DC.

Barelli P., Spagnolli E. (2010) Nursing di salute mentale. *Carocci Faber*

Bland A.R., Tudor G., McNeil Whitehouse D. (2007) Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspectives in Psychiatric Care* 43, 4: 204-212

Bland A.R. e Rossen E.K. (2005) Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing* 26: 507-517

Bowen M. (2013) Borderline personality disorder: Clinicians'accounts of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20: 491-498

Browne G., Cashin A., Graham I. (2012) The therapeutic relationship and mental health nursing: it is time to articulate what we do. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19: 839-843

Chiesa M. (2005) Stigmatizzazione e disturbo di personalità. *NOOS ¾:* 185-196

Cleary M., Siegfried N., Walter G. (2002) Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing* 11: 186-191

Colombo G. (2010) Elementi di Psichiatria. *Cleup*

Deans C., Meocevic E. (2006) Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse* 21, 1: 43-49

Fallon P. (2003) Travelling through the system: The lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 4: 393-400

Ferrara M. (2010) Sulla particolarità dello stigma legato alla malattia mentale. *Io Infermiere* 1:23-26

Filer N. (2005) Borderline Personality Disorder: attitudes of mental health nurses. *Mental Health Practice* 9: 34-36

Forsyth A. (2007) The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance in adult psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14: 33-40.

Giannouli H., Perogamvros L., Berk A. et al (2009) Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 16, 5: 481-487*

Goffman E. (2003) Stigma. L'identità Negata. *Ombre Corte*

James P.D. e Cowman S. (2007) Psychiatric nurses' knowledge, experiences and attitudes towards clients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14: 670-678.

King J. (2014) Staff attitudes towards people with borderline personality disorder. *Mental Health Practice* 17, 5: 30-34

Lamph G. (2011) Raising awareness of borderline personality disorder and self-injury. *Nursing Standard, Art and Science*. 26, 5: 35-40

Langley G. C. e Klopper H. (2005) Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12: 23-32

Ma W.F., Shih F.J., Hsiao S.M., et al (2008) "Craing across thorns" – Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 18: 440-450

Markham D. (2003) Attitudes towards patients with a diagnosis of "Bordeline Personality Disorder": social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health* 12: 595-612

Markham D. e Trower P. (2003) The effects of the psychiatric label "Borderline Personality Disorder" on nursing staff's perceptions and casual attributions for challenging behaviours. *The British Journal of Clinical Psychology* 42: 243-256

McAndrew S., Chambers M., Nolan F. et al (2013) Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing 23: 212-220*

O'Connel B. e Dowling M. (2013) Community psychiatric nurses'experiences of caring for clients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice* 17, 4: 27-33.

Rogers B. e Acton T. (2012) "I think we're all guinea pigs really": a qualitative study of medication and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19: 341-347

Swift E. (2009) Borderline personality disorder: aetiology, presentation and therapeutic relationship. *Mental Health Practice* 13, 3: 22-25

Thornicroft G., Rose D., Kassam A. et al (2007) Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *British Journal of Psychiatry 190: 192-193*

Weight E.J. e Kendal S. (2013) Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice* 17, 3: 34-38

Westwood L. (2010) Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of literature. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 17: 657-662

Wright L. (2011) The therapeutic relationship and borderline personality disorder. *International Journal of Therapy and Rehabilition* 18, 7: 360-361

Woollaston K. e Hixenbaugh P. (2008) "Destructive Whirlwind": nurses perceptions of patients diagnosed with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health* Nursing 15: 703-709.

Sitografia:

www.ipasvi.it

www.nice.org.uk

www.nicolalalli.it

www.psicologofrosinone.it