



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Relazione assistenziale con
persona affetta da disturbo di
personalità borderline**

Relatore:
Maurizio Ercolani

Tesi di Laurea di:
Gessica Simonelli

A.A. 2018/2019

Introduzione

L'idea di sviluppare uno studio sulle difficoltà assistenziali con le persone che hanno una diagnosi di disturbo borderline di personalità nasce dalla curiosità di scoprire come vengono aiutate le persone affette da questo disturbo che risulta essere quello più complesso e meno conosciuto nonostante l'aumento esponenziale delle persone con tale disturbo.

Questo inquadramento diagnostico, divenuto sempre più diffuso negli ultimi decenni, è definito dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM V)¹ che identifica il disturbo borderline come un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e di una marcata impulsività che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti.

La natura complessa e articolata del disturbo borderline di personalità mette in difficoltà chi ne deve fare diagnosi ma soprattutto chi si trova a stretto contatto

quotidianamente con la persona, in famiglia o nei servizi di assistenza.

Spesso le persone con disturbo borderline rifiutano l'aiuto, non vogliono assumere terapia e minacciano di compiere atti autolesivi.

Inoltre l'instabilità emotiva che caratterizza questo disturbo richiede una forte preparazione degli operatori dei servizi che devono essere pronti ad fare i conti con i continui sbalzi di umore dell'assistito.

Gli infermieri che assistono persone con il disturbo borderline spesso sentono un senso di inadeguatezza o di paura che li porta a chiudere qualunque canale di comunicazione con la persona assistita a discapito dell'efficacia del percorso di cura o di riabilitazione.

Per sopperire allo stress derivante dalla relazione assistenziale con le persone con disturbo borderline è di fondamentale importanza riuscire a stabilire una buona comunicazione all'interno dell'equipe volta alla comprensione e alla solidarietà.

È su questa base che è stato sviluppato lo studio;
l'obiettivo è di analizzare l'approccio assistenziale con
le persone affette da disturbo borderline, indagando le
conoscenze, le abilità e le difficoltà degli infermieri
che operano nei Servizi di Salute Mentale, al fine di
individuare i punti di forza e le aree grigie
dell'assistenza.

Lo studio si articola in quattro capitoli.

Il primo capitolo tratta del disturbo borderline per
andare a definire le caratteristiche di questa sindrome.

Il secondo capitolo tratta dell'infermiere nell'ambito
della salute mentale: ruolo, competenze ed abilità dalle
origini al contesto attuale.

Il terzo capitolo presenta lo studio eseguito: obiettivo,
materiali e metodi.

Il quarto capitolo contiene un'analisi dei dati e la
discussione dei risultati.

Capitolo 1. La psicopatologia e il Disturbo

Borderline.

1.1 La psicopatologia del presente.

“Psicopatologia del presente significa psicopatologia dei nostri tempi”². Con questa espressione Mario Rossi Monti intende la necessità di porre l’attenzione sulle forme nelle quali la sofferenza psicopatologica si manifesta nel nostro tempo, all’interno della nostra società e nella nostra cultura. Oltre ai luoghi e alle aree geografiche, è anche il fattore temporale a determinare le diverse forme di manifestazione della sofferenza psicopatologica. Ogni secolo è quindi caratterizzato da forme tipiche di sofferenza mentale: l’800 è stato il secolo dell’isteria, la prima metà del ‘900 è stata minata dalla schizofrenia, seguita da depressione, versioni estreme del narcisismo, disturbi alimentari, dipendenze patologiche, che si sono susseguite nella seconda metà del secolo scorso, fino ad arrivare ai nostri giorni, dei quali è protagonista il disturbo borderline, definito la “malattia del secolo”.

Al giorno d'oggi, in quest'epoca dove la tecnologia è in continua evoluzione, è ormai risaputo che i media hanno un effetto diretto nel condizionare gli atteggiamenti e le credenze del loro pubblico.

“Mi pare che noi siamo in un mondo, in cui se si dovesse catalogare la patologia dei mass media, penso che tutti sarebbero d'accordo che si tratti di una patologia isterica. Hanno lo stesso meccanismo degli isterici, cioè teatralizzano tutto, isolano un singolo pezzetto senza studiare il contesto, iperemozionalizzano il particolare che diventa urlato. [...] Il dramma sta nel fatto che questa isterizzazione non permette una proliferazione della vita, dello spirito, cioè un porsi un problema più ampio, una domanda su che cosa muova quella persona a fare quella o quell'altra cosa. [...] ...mi pare che questo tema ci sia e che potrebbe aiutarci a spiegare perché una diffusione massiccia di certi temi, il benessere, la ricchezza, la gioventù, la felicità, fatta con questa modalità, possa confondere la generazione passata e

non permettere di trasmettere alla generazione che viene un altro modo di vedere le cose.”³

Tra le teorie eziopatogenetiche del disturbo borderline c'è l'ipotesi che il disturbo centrale della patologia borderline derivi da deficit della persona che forniva cura e protezione nell'infanzia (caregiver), deficit causato da gravi incapacità di quest'ultimo di sintonizzarsi con i bisogni di sostegno e protezione del bambino.

1.2 Definizione ed epidemiologia del Disturbo

Borderline.

Nella storia dello studio della psicopatologia di personalità, il termine *borderline* è stato usato per descrivere quella “zona di confine” tra la sintomatologia nevrotica e quella psicotica.

Nel 1953, con Robert Knight, il termine *borderline* comincia ad identificare una categoria diagnostica, nettamente differenziata da quelle già esistenti,

caratterizzata da notevole fragilità dell'Io e da marcata incapacità di gestire gli impulsi.

Già precedentemente Adolph Stern, nel 1938, partendo da osservazioni cliniche, aveva evidenziato che un certo numero di persone presentava caratteristiche non assimilabili alle distinzioni nosologiche allora in uso e non rispondeva ai tradizionali trattamenti; ciò lo spinse a coniare per loro il termine *borderline*.

La prima definizione del disturbo borderline di personalità come categoria psichiatrica a sé stante viene data dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM III)⁴ il quale ha messo sullo stesso piano i sintomi di questa psicopatologia, facendone un'analisi orizzontale che, se pur condivisa dalla maggior parte dei clinici, non è stata efficace nell'individuazione del cuore del disturbo.

La definizione più recente del disturbo borderline è quella fornita dalla quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM V)¹ secondo cui il disturbo borderline di personalità risulta

caratterizzato da una “modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell’autostima e dell’umore, e una marcata impulsività, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti”.

In sintesi, secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5)¹, per capire se una persona soffre di disturbo borderline di personalità devono essere riscontrabili almeno 5 dei seguenti aspetti:

- Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono.
- Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
- Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili.

- Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (es., spese sconsiderate, sesso promiscuo, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate...)
- Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante (autolesionismo, tagli su braccia e gambe, bruciature di sigaretta).
- 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).
- Sentimenti cronici di vuoto.
- Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es. frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
- Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

Il disturbo borderline di personalità è caratterizzato da una paura del rifiuto, da una perseverante instabilità delle relazioni interpersonali, dell'autostima, dell'umore e dell'immagine di sé e una marcata impulsività che iniziano nella prima età adulta e si presentano in una molteplicità di contesti.

Spesso chi ne soffre non si accorge che i suoi comportamenti, pensieri e azioni siano indice di un problema per sé stesso.

Alla base del comportamento delle persone che soffrono del disturbo borderline c'è la paura dell'abbandono alternata a mania. Il senso di vuoto, sintomo che dà origine alla mania, deve essere colmato per evitare la sofferenza ed è spesso considerato dalla persona come una soluzione alla sofferenza.

“Il sintomo si configura così non più come una zattera, scomoda e precaria, alla quale il naufrago si aggrappa, ma come una zattera alla quale il soggetto è straordinariamente attaccato, eletta al rango di imbarcazioni alla quale non si può più rinunciare. In

questo senso quella che per un osservatore esterno è una zattera, assai inaffidabile, per il portatore del sintomo è una imbarcazione alla quale non si vuole né si può rinunciare. D'altra parte chi si sentirebbe di rinunciare a una zattera, nel corso di un naufragio, senza avere prima individuato un valido sostituto?"².

Le manie tipiche del disturbo borderline sono: condotte autolesionistiche, di abuso di sostanze e rapporti sessuali promiscui.

Fonagy sostiene che nel bambino soggetto a sviluppare un disturbo di personalità si verifica, spesso, un maltrattamento o un abuso all'interno della relazione significativa e la contemporanea mancanza di sicurezza e conforto, all'interno di una relazione di attaccamento, necessari per arginare gli effetti del trauma. Una conseguenza di tale mancanza si osserva nell'incapacità di controllare gli impulsi e, più in generale, di gestire le proprie emozioni. Un altro aspetto, correlato allo scarso sviluppo del Sé psicologico, è la funzione del corpo, usato per

contenere e agire stati mentali. Il corpo assume la funzione di contenitore simbolico e espressivo di sentimenti, idee e desideri inespressi. A livello sintomatico, la violenza del Sé verso il proprio corpo, o quello degli altri, può essere interpretata, in questa prospettiva, come una modalità per controllare, o distruggere, stati mentali associati al corpo.⁷

La prevalenza del disturbo borderline in uno studio condotto nel 2008⁵ è risultata essere del 5,9% della popolazione generale, con il 5,6% degli uomini e il 6,2% delle donne. In questo studio, la differenza nei tassi tra uomini e donne non è stato trovato per essere statisticamente significativa.

Si stima che il 20% dei ricoveri psichiatrici siano dovuti al disturbo borderline⁶.

La crescita esponenziale del disturbo borderline nell'ultimo decennio sta alla base dell'appellativo "malattia del secolo", con il quale viene definita questa

forma di sofferenza. La patologia borderline è rappresentativa del nostro periodo, non solo per la sua grande diffusione, ma anche perché le sue caratteristiche rappresentano una sorta di caricatura di alcune tendenze che si stanno diffondendo nella nostra società.²

1.3 Le problematiche relazionali con la persona con Disturbo Borderline di personalità.

Le persone che soffrono di disturbo borderline di personalità hanno enormi problemi a livello relazionale. La loro vita è caratterizzata da relazioni intense, turbolente, confuse, che terminano bruscamente.

Gli infermieri che lavorano a contatto con persone che soffrono del disturbo borderline si trovano ad avere a che fare con persone che hanno continui sbalzi d'umore, passano dall'amare l'altro ad odiarlo, dalla gioia alla frustrazione, dalla fiducia alla piena sfiducia nei confronti di chi si presta a fornire un supporto. Si

rivelano spesso degli abili manipolatori, sanno infatti cogliere nel prossimo le fragilità meglio di chiunque altro e quando si sentono minacciati sfruttano i punti deboli delle persone creando un senso di paura volto ad allontanare chi si è incaricato di far loro assistenza.

Sono considerati dalla stragrande maggioranza dei professionisti sanitari le persone più difficili da gestire a livello infermieristico. Inoltre, nonostante programmi di riabilitazione personalizzati che mostrano miglioramenti a livello clinico, accade spesso che il percorso sia interrotto da fasi di crisi in cui l'assistito viene colto da un senso di sfiducia che lo porta a rifiutare la terapia e qualunque approccio di tipo relazionale.

Nei borderline le emozioni sono a “fior di pelle” e portano a fior di pelle anche le emozioni di coloro che vi si rapportano, quindi, nella relazione di cura con la persona affetta da disturbo borderline, sia l'assistito che l'operatore avranno le emozioni a fior di pelle: partendo da questo presupposto, le Linee Guida

dell'American Psychiatric Association (2001)⁸
alludono a un'ulteriore complicazione che sopravviene
nel trattamento: l'irritazione, la disforia, la rabbia
diffondono da uno all'altro dei membri della coppia,
come per contagio. Gli operatori, relazionandosi con le
persone affette da disturbo borderline, si sentono messi
in discussione non solo dal punto di vista
professionale, ma anche come persone; si avrà quindi
un coinvolgimento emozionale in cui l'operatore si
sentirà trascinato, manipolato, provocato, maltrattato,
arrabbiato. È impossibile prendersi cura di una persona
con disturbo borderline senza arrabbiarsi con lui, il
rischio sta nel lasciarsi prendere dalla rabbia e perdere
di vista la cura. La rabbia del clinico segue un
andamento accessuale e si associa all'individuazione di
quelle caratteristiche della persona assistita che
rendono difficile o addirittura impossibile il
mantenimento della relazione. L'assistito risulta essere
un soggetto minaccioso, un paziente difficile che non
rispetta i confini, che manipola e strumentalizza: è una

persona che distrugge l'operatore, che "è meglio perdere che trovare".

"Come evitare di venire travolti e di sconvolgere così ogni progetto di cura? In primo luogo accettando il fatto che, nel corso della terapia di un borderline, questi stati sono parte integrante del bagaglio clinico e terapeutico; non ha senso, quindi, tentare di accantonarli come disturbanti o addirittura non pertinenti alla relazione terapeutica: sono parte ineludibile del percorso terapeutico e forse proprio intorno alla loro gestione si giocano i destini della cura. Su questa linea si collocano tutti quei contributi che sottolineano l'importanza di una continua analisi del controtransfert come vero e proprio strumento di manutenzione della relazione."⁹

Capitolo 2. L'infermiere di salute mentale: ruolo, competenze ed abilità, dalle origini al contesto attuale

2.1 Evoluzione storica del ruolo dell'infermiere di salute mentale

La storia dell'infermiere di salute mentale è strettamente legata all'evoluzione del concetto di malattia mentale, della normativa e del ruolo infermieristico nell'ambito dell'assistenza psichiatrica.¹¹

Nel Medioevo si pensava che le persone affette da malattia mentale fossero possedute da spiriti malvagi o dal diavolo; le donne affette da qualche disturbo psichico venivano accusate di stregoneria e condotte sul rogo.

Nel 1800 con le nuove idee diffuse nel secondo Settecento dall'Illuminismo, e con l'affermazione dei diritti dell'uomo e del cittadino propagati dalla

Rivoluzione francese, si chiudono gli istituti di segregazione e prende a diffondersi la spiegazione della follia in termini di malattia. La condizione del folle, almeno in linea teorica, viene distinta da quella del povero e del criminale, e si comincia a pensare ad un trattamento in termini esclusivamente medici.

Così il manicomio, istituzione creata da Philippe Pinel in Francia durante la Rivoluzione, diventa il luogo di cura dei malati.

Questa nuova istituzione, che durante il secolo si diffonde in tutta Europa, costituisce un passo avanti rispetto ai reclusori del passato, perché è basata su obiettivi di cura e di ricerca medica.

Tuttavia rappresenta la continuità con i luoghi di segregazione precedenti, dal momento che la "cura" coincide con l'obiettivo del controllo dei malati.

Solo con la legge Basaglia del 13 maggio del 1978 inizia una nuova era della malattia mentale con la chiusura dei manicomi che ha permesso di restituire

dignità e valore ai malati in essi reclusi determinando così la fine dei metodi custodialistici e riconoscendo la necessità di una presa in carico della persona. Questo approccio ha comportato anche un grosso sforzo, nonché l'assunzione di una importante componente di rischio da parte dei professionisti che hanno contribuito a realizzare la chiusura dei manicomi. Essi hanno necessariamente messo in discussione il proprio sapere e il proprio modo di essere.

Gli infermieri si sono trovati a dover lavorare con un approccio totalmente diverso nei confronti delle persone con disturbi mentali.

Il significato fondamentale della legge Basaglia è la centralità della persona. Lo spostamento da un approccio di tipo custodialistico a presa in carico della persona, ha comportato la valorizzazione di tutti gli aspetti ad essa legati, sia di tipo biologico che di tipo psicologico e sociale. Quest'ultimo aspetto in quell'epoca, risultava prevalente per le evidenti

caratteristiche di esclusione e di emarginazione a cui erano sottoposti i “malati”.

Mettere tra parentesi il pregiudizio diagnostico e i ruoli precostituiti, significava in quel momento dare senso al non apparente senso della sofferenza psichiatrica. La cosiddetta “sospensione del giudizio” ha rappresentato una novità in campo professionale che ha determinato un nuovo modo di approcciarsi alla persona in quanto tale.

Tutto ciò ha permesso la nascita di un nuovo modello di presa in carico che si realizzava attraverso un incontro autentico tra paziente e terapeuta, in cui l'accoglienza, l'ascolto, il sentire l'altro, rappresentavano la premessa per una collaborazione attiva, ovvero lavorare insieme per il cambiamento.

Jean Baptiste Pussin (1746-1811, Francia) può essere definito il padre simbolico del moderno infermiere di psichiatria.¹¹

Egli, che operò in collaborazione con il medico Philippe Pinel, con il quale la psichiatria si affermò come scienza separata dalla medicina, diede vita ai primi tentativi di gestione della malattia mentale attraverso la reintegrazione sociale; Pinel affermò che l'uomo malato è curabile da altri uomini, attraverso la comprensione delle sue ragioni e l'educazione dei suoi comportamenti.¹² Pussin si concentrò sugli aspetti umanitari dell'assistenza ai malati di mente e divenne quindi il promotore del cosiddetto "trattamento morale"¹¹ che verte sul potenziamento della parte sana della loro personalità attraverso l'educazione, la persuasione e la disciplina. Secondo Pinel per aiutare la persona alienata è necessario conoscere le manifestazioni dell'alienazione. Ci sono numerose dichiarazioni²⁷ in cui Pinel insiste sulla necessità di raccogliere le osservazioni dei malati in appositi "registri", destinati a ricapitolare la storia della loro malattia. Pinel raccomanda di "tenere un diario puntuale dell'andamento delle diverse forme che può

assumere l'alienazione durante il suo intero corso, dal momento dell'insorgenza fino al suo termine"²⁸. Le informazioni ottenute venivano riportate su un registro che conteneva anche i dettagli necessari sul decorso della malattia; questo registro raccoglieva tutte le informazioni a partire da cui, a fine di ogni anno, veniva effettuato uno spoglio statistico, che è fonte preziosa di documentazione.

La figura dell'infermiere psichiatrico si afferma nell'800 con la nascita del manicomio.

In questa fase l'infermiere è a stretto contatto con il malato, obbligato a indossare la divisa, non potevano dormire fuori dalle mura dell'istituto ed era loro vietato il matrimonio. Tale figura può essere definita come "guardiano dei matti": l'infermiere era scarsamente considerato, spesso analfabeta, ignorante e brutale, inserito nella struttura senza alcuna preparazione, con funzioni di sorveglianza, custodia e repressione. Essi erano autorizzati a premiare o punire i degenti, ordinando bagni caldi e freddi improvvisi e violenti o

ricorrendo alla contenzione e alla reclusione dei pazienti, senza regolare rapporto.¹³

L'infermiere ricopriva un ruolo di custode, domestico ed esecutore di ordini.¹¹

All'inizio del XX secolo, insorge l'esigenza di una formazione per gli operatori che lavorano nei manicomi.

Gli infermieri devono essere dotati di certificata sana e robusta costituzione fisica, aver serbato una buona condotta morale e civile, saper leggere e scrivere, aver compiuto 21 anni per gli uomini e 18 per le donne e avere la residenza nei pressi del manicomio: questi sono i requisiti richiesti agli infermieri per operare all'interno dei manicomi, sanciti dal Regio Decreto 615/1909.¹¹

L'assunzione avveniva a seguito di un corso di qualche mese e il superamento di un esame; la formazione era di competenza del direttore del manicomio.

All'infermiere era vietata ogni attività che non fosse l'assistenza diretta al malato; la disciplina e a correttezza del lavoro erano assicurati da una ronda interna formata da sorveglianti, anch'essi infermieri con almeno 3 anni di servizio e nominati dal direttore del manicomio (Regio Decreto 615/1909)¹¹

Il rapporto medico-infermiere era rigorosamente incentrato sul principio dell'autorità: il medico ordinava l'infermiere eseguiva.

La figura dell'infermiere psichiatrico comincia a cambiare negli anni sessanta quando le strutture manicomiali sono molto criticate e si pone maggiormente l'accento sull'importanza dell'aspetto terapeutico e sociodinamico rispetto a quello custodialistico. L'infermiere non è più il "custode dei matti" ma come figura con funzioni terapeutiche integrata in un'equipe assistenziale.

In questa fase si inizia a privilegiare l'aspetto relazionale; viene sottolineata l'importanza dei rapporti interpersonali e delle dinamiche di gruppo alla base di

molti disturbi del comportamento e l'importanza dei legami tra l'istituzione e il paziente per i cambiamenti che possono determinare in lui.¹³

Con la legge 431/1968 (“Legge Mariotti”) cambia il linguaggio utilizzato per definire la malattia mentale: il termine “alienazione” diventa “disturbo psichico”, il concetto di “custodia in manicomio” cambia in “assistenza sanitaria” e i manicomi vengono rinominati “ospedali psichiatrici”.¹³

La legge Mariotti definisce il numero dei letti, la presenza di personale in rapporto uno a tre (un operatore ogni tre pazienti), abolisce l'iscrizione nel casellario giudiziario, regola il ricovero volontario ed introduce la figura dello psicologo (almeno uno psicologo in ogni ospedale psichiatrico e un assistente sociale). L'ospedale non è più una realtà chiusa e isolata ma si apre all'esterno.¹⁴ L'assistenza psichiatrica entra nella sanità pubblica. Anche se la legge non è mai stata completamente applicata, essa

rappresenta l'inizio di un cambiamento culturale che ha aperto la strada alla Riforma Psichiatrica del 1978.¹¹

Si diffonde il concetto di multidisciplinarietà dell'assistenza tra medico e infermiere, e si introducono le figure dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'igienista; vengono inoltre istituiti i primi Centri di Igiene Mentale, si introducono prospettive orientate alla prevenzione e alla riabilitazione sociale.

La Circolare Ministeriale n 161/61 stabilisce, inoltre, i requisiti di accesso e la durata dei corsi per infermieri psichiatrici: titolo di studio di scuola media inferiore e la durata di due anni.¹¹

La Legge n. 180 del 13 maggio, poi recepita quasi completamente dalla Legge 833/78, chiude definitivamente l'esperienza manicomiale ed apre all'esperienza territoriale.

L'assistenza psichiatrica diventa di competenza del Servizio Sanitario Nazionale e viene riorganizzata sul

modello dipartimentale con le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione.

Vengono inoltre introdotti il principio di volontarietà dei trattamenti e il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) a particolari condizioni, nel pieno rispetto della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione.

Dagli anni '80 l'infermiere svolge la sua attività all'interno delle strutture territoriali previste dalla legge (Dipartimento di Salute Mentale: Centro di Salute Mentale, Centri Diurni, Comunità terapeutiche, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) perseguendo lo scopo di prevenire e curare il disturbo psichico nel territorio, cioè nel luogo dove esso ha origine.

Dal 1976 non vengono più istituite le scuole per infermiere psichiatrico e viene istituita la figura dell'infermiere unico polivalente.

L'approfondimento clinico assistenziale delle conoscenze in psichiatria dell'infermiere diviene un

post laurea che gli permette di acquisire le necessarie competenze professionali nella gestione dell'assistenza alla persona con disagio psichico, rispondendo ai bisogni di salute e ai problemi fisici, psico-sociali complessi, reali o potenziali della popolazione.¹¹

Il disturbo della personalità borderline è strettamente associato a episodi di grave abuso durante l'infanzia.

Molti di questi pazienti hanno subito maltrattamenti nei primi anni di vita, o hanno trascorso un'infanzia segnata da una prolungata carenza di relazioni sane.

L'abuso vero e proprio, o la carenza di relazioni positive, sembrano condurre a gravi disturbi della personalità. L'abuso subito nei primi anni di vita genera una personalità costantemente soggetta al rischio di intrusione, di esposizione o di violazione ogni volta che entra in contatto con gli altri. Questi individui non riescono a trovare alcuna relazione soddisfacente. Chiunque sia l'altro, sarà un potenziale soggetto che infliggerà dei maltrattamenti, e la

vicinanza emotiva suscita in loro il vissuto di essere stati invasi e violati. Anche le relazioni di aiuto rientrano in questo tipo di vissuti. Si tratta infatti di pazienti che non sono in grado di cercare delle relazioni nelle quali potrebbero ricevere aiuto. Qualsiasi assistenza venga loro fornita, assume l'aspetto di un aiuto da parte di adulti che maltrattano, e i pazienti percepiscono il tentativo di avvicinarsi alla loro esperienza come una manovra di intrusione e violazione. Che si tratti di amici o di professionisti, coloro che aiutano appaiono minacciosi quando si avvicinano emotivamente. Questo tipo di reazione sottopone a grande tensione gli operatori psichiatrici (infermieri ed educatori) che intendono offrire aiuto, venendosi così a creare un equivoco radicale poiché chi offre assistenza si attende cooperazione e forse anche gratitudine, mentre il paziente è sospettoso e prevede di subire un danno. Ambedue le parti sono confuse e, a colloquio

concluso, sono pervase da sentimenti negativi. Colui che offre il proprio aiuto non trova cooperazione bensì sospetto invece di gratitudine.²⁹

Queste persone vogliono realmente essere aiutati, vogliono trovare una via d'uscita per liberarsi del sospetto che nutrono, del dolore e dell'odio che provano. Finché il conflitto sull'aiuto persiste, gli operatori sono costernati, si arrabbiano perché il loro aiuto non viene accettato con gratitudine, si sentono feriti e insultati. Contatti prolungati con queste persone, nel corso della giornata e durante la notte, spingono ulteriormente gli operatori in questi schemi di ostilità e rifiuto reciproco. Gli operatori cercano dei segni di miglioramento e trovano invece ostilità. Chi era ben intenzionato ad offrire il proprio aiuto si sente frustrato, inutile e negativo. Ne risulta che molte di queste persone sono considerate intrattabili e vengono trascurati. Talvolta si prende in considerazione la possibilità di un ricovero soltanto nel

pieno della crisi, e queste persone si trovano in un setting ospedaliero tradizionale dove ricevono una sorta di ricompensa per la loro condotta che non riesce ad inserirsi nella vita di gruppo. Ricevono invece maggiore attenzione se danneggiano cose o compiono atti autolesivi.

Le persone affette da disturbo borderline sono soggette a dipendenza. Nel caso in cui la persona va incontro ad una crisi e assume sostanze stupefacenti o alcol è molto difficile fare diagnosi in quanto il disturbo di l'abuso di sostanze è una patologia a sé stante. Proprio perché la patologia borderline si può manifestare in svariati modi purtroppo a volte accade che i Centri di Salute Mentale e Strutture Per le Tossicodipendeze sono in disaccordo sul percorso che la persona bisognosa di aiuto debba seguire.

2.2 Il ruolo e le competenze dell'infermiere di salute mentale nel contesto odierno

La persona affetta da disagio psichico si relaziona con il mondo esterno mediante dei comportamenti non condivisi dalla società, perdendo così la propria autonomia: l'infermiere di salute mentale viene, quindi, in aiuto all'assistito per favorire il recupero dell'autonomia perduta; egli lavora con la singola persona o con gruppi, concentrandosi sulla riabilitazione alle attività di vita quotidiana.

L'assistito, nel momento in cui esprime la sua sofferenza, rende l'ascoltatore partecipe del suo mondo: operare sui significati dell'esperienza di malattia che il paziente porta con sé è un processo che richiede un approccio multidisciplinare, per cui è necessario che l'infermiere di salute mentale sviluppi abilità al lavoro di gruppo.¹⁵

Le funzioni custodialistiche assegnate in passato all'infermiere di salute mentale sono ormai superate lasciando spazio alla relazione d'aiuto, la quale

rappresenta la competenza primaria dell'infermiere di salute mentale; durante la relazione infatti si rendono manifesti i bisogni dell'assistito ed è possibile dar loro una risposta, se essa si struttura in relazione d'aiuto.¹⁶

All'infermiere di salute mentale vengono inoltre richieste capacità creative di autovalutazione, intesa come rilettura di se' all'interno della relazione, tale da consentirgli una discreta flessibilità ed una padronanza del mutevole contesto nel quale si trova ad operare.

La disciplina infermieristica intesa come disciplina che si interessa all'uomo, destinatario dell'assistenza infermieristica, si avvale di modelli teorici che ne specificano l'oggetto e lo scopo.¹⁷ Ciascun modello si fonda su filosofie e valori anche molto diversi tra loro che portano ad intendere l'assistenza in modi antitetici; ma qualsiasi orientamento è un mero punto di vista privilegiato sul fenomeno considerato che, se adottato rigidamente, può risultare inefficace, se non addirittura controproducente: solo l'integrazione delle diverse

prospettive può evitare i danni prodotti da posizioni ancorate a riduzionismi e ideologie.¹⁸

Il modello di nursing utilizzato come riferimento è quello proposto da Peplau; tuttavia l'utilizzo del modello concettuale, per essere efficace, deve essere integrato dalla specifica competenza in ambito relazionale e della comunicazione, definita come strumento per costruire la relazione terapeutica che occupa una dimensione temporale, prolungata, intessuta di momenti comunicativi comunque finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico.¹⁸

2.3 Elaborazione teoria dell'assistenza

infermieristica secondo Hildegard E. Peplau

La teoria del nursing dell'infermiera statunitense Hildegard Elizabeth Peplau ebbe come fulcro del proprio interesse la persona con il disturbo borderline della personalità.

Peplau è la prima infermiera che iniziò a pensare all'assistenza infermieristica come una relazione interpersonale significativa, ovvero basata sull'esplorazione e sulla gestione dei significati psicologici di valori, sentimenti e comportamenti delle persone con disturbi mentali.

Peplau definisce la persona come un organismo che combatte alla sua maniera per ridurre la tensione provocata dai bisogni. La persona è quindi un individuo singolo in continua interazione con l'ambiente esterno, che cerca perennemente un equilibrio. Secondo Peplau l'assistenza infermieristica è un processo interpersonale e spesso terapeutico che consiste in azioni che richiedono la partecipazione di due o più persone che a volte traggono beneficio dall'interazione medesima. Le relazioni interpersonali tra la persona assistita ed un infermiere sono spesso più efficaci a risolvere un problema dell'assistito di quanto non lo siano i procedimenti tecnici. L'assistenza infermieristica è anche una forza di maturazione e uno

strumento educativo. Attraverso azioni infermieristiche efficaci, sia il singolo che la comunità possono essere aiutati a far sì che i loro comportamenti influenzino positivamente la vita. Il processo infermieristico secondo Peplau è uno strumento di maturazione e di educazione in quanto porta le persone a sviluppare la capacità di risolvere i problemi. (19, 20, 21, 22)

Nella relazione infermiere-paziente Peplau individua 4 fasi interdipendenti tra di loro che sono:

- Fase dell'orientamento: in questa fase, il paziente ha la percezione di un bisogno, ancora non ben compreso, dal quale prende avvio il percorso di crescita personale; l'infermiere, da parte sua, deve incoraggiare il paziente ad essere un soggetto attivo nella relazione e stimolarlo a partecipare all'identificazione e all'accertamento del problema.
- Fase dell'identificazione: una volta chiarita la sua prima impressione, il paziente risponde in modo selettivo nei confronti delle persone che possono aiutarlo; si entra quindi in una fase di relazione vera

e propria, nella quale il paziente può assumere diversi atteggiamenti nei confronti dell'infermiere: partecipazione o relazione interdipendente, indipendenza o isolamento dall'infermiere, oppure senso di incapacità e di dipendenza nei riguardi dell'infermiere.

- Fase dell'utilizzazione: dopo essersi identificato con un infermiere in grado di gestire la relazione interpersonale, il paziente tenta di valorizzare al massimo questo rapporto e contemporaneamente inizia ad orientarsi verso nuovi obiettivi. La difficoltà in questa fase, è trovare l'equilibrio tra essere ancora dipendente e la necessità di muovere verso l'indipendenza.
- Fase della risoluzione: subentra quando i bisogni sono stati soddisfatti e compaiono nuove motivazioni per tornare alla vita precedente la malattia. In questa fase si assiste a un processo di graduale liberazione dall'identificazione con l'infermiere.

- Peplau sostiene, inoltre, che l'infermiere può assumere, in rapporto alle situazioni, vari ruoli che talvolta risentono della visione che la società ha degli infermieri e di come questi debbano agire. Tali concezioni sono influenzate da regole, riti, credenze, valori, simboli che, all'interno ed all'esterno del sistema professionale, condizionano la professione stessa.²²

I ruoli che l'infermiere può assumere sono:

- ruolo di estraneo: è il primo ruolo, di una persona che non conosce l'altro e lo tratta con cortesia e rispetto;
- ruolo di persona affidabile: l'infermiere conoscendo l'altro può assumere il ruolo di persona che sa rispondere a un problema specifico dell'assistito e sa soddisfare il bisogno di informazione dell'altro.
- ruolo di educatore: aiuta l'assistito a trarre giovamento dall'esperienza che sta vivendo;

- ruolo di guida: permette all'assistito di prendere parte attiva nella relazione;
- ruolo di sostituto di altre figure, quali la madre e il padre: è necessario permettere all'assistito di sperimentare di nuovo quelle vecchie sensazioni, di esplorare aree di somiglianza, ma con accettazione professionale, in modo da promuovere lo sviluppo della personalità;
- ruolo di consigliere che promuove esperienze che favoriscono la salute psichica e mentale dell'assistito.²³

Da un punto di vista prettamente infermieristico, Peplau ha dato un enorme contributo e ha posto le basi per sviluppare un'assistenza quanto più efficace possibile a coloro che risultano essere le persone più "intrattabili".

Il problema principale dell'assistenza alle persone con disturbo di personalità è coinvolgere queste persone, che rifiutano un aiuto, in un programma terapeutico di

assistenza. Si tratta di un lavoro attivo dove l'assistito deve scoprire un nuovo uso delle proprie azioni e delle proprie parole. Ci si aspetta infatti che le persone rivestano un ruolo attivo nella gestione dell'ospedale, esplorando e facendo pratica delle loro aree *sane* di funzionamento. Le azioni sono importanti, in modi diversi rispetto alle parole, poiché influenzano direttamente la qualità della vita nelle comunità. Inoltre l'azione sviluppa il contributo sano dell'assistito secondo modalità che la terapia verbale non riesce a favorire. Gli infermieri riconoscono che gli assistiti possono anche funzionare normalmente e utilmente, pur oscillando spesso tra stati disturbati e stati di efficace normalità. Il cambiamento può essere repentino, il che spesso disorienta gli operatori e più in generale gli altri, e genera certamente una sensazione di instabilità personale nell'assistito. Talvolta vedere che le persone assistite assumono più responsabilità di quanta la persona stessa non ne abbia mai avuta può preoccuparli. Gli operatori d'altronde, potrebbero

allarmarsi dovendo rinunciare a parte di questa responsabilità importante perché assunta da persone inaffidabili. Naturalmente gli operatori devono essere molto visibili e presenti, ma in veste di coloro che forniscono sostegno e non semplicemente in quanto prendono decisioni.

2.4 Principi di carattere generale da tenere in considerazione nel rapporto di cura della persona affetta da disturbo borderline

Al fine di sviluppare una relazione terapeutica costruttiva con la persona affetta da disturbo borderline è necessario che sia favorita la partecipazione attiva dell'assistito alla ricerca delle possibili soluzioni, anche in caso di stati di crisi, incoraggiando il soggetto e i suoi familiari a ragionare sulle varie opzioni di scelta e a riflettere sulle conseguenze di esse: questa esigenza nasce dal fatto che la persona, trovando difficoltà nella gestione delle proprie crisi, tende a incaricare altri nella ricerca delle soluzioni dei propri

problemi, mentre i professionisti, da parte loro, sentendosi responsabili di offrire all'assistito le migliori alternative per superare le crisi, rischiano di intaccarne l'autonomia e la capacità di scelta.

La persona affetta da disturbo borderline potrebbe essere vittima di pregressi episodi di trascuratezza e di abuso che possono contribuire a rendere difficoltoso lo sviluppo di una relazione di fiducia; è quindi necessario un atteggiamento coerente da parte dei professionisti, che devono astenersi dal fare false promesse e mostrarsi affidabili operando secondo quanto dichiarano, al fine di conquistare la fiducia del paziente, ridurre l'ansia e sviluppare una relazione terapeutica.

La persona affetta da disturbo borderline manifesta spesso un graduale e lento miglioramento della sintomatologia, perciò è bene dimostrare all'assistito che il cambiamento è possibile, stabilendo una serie di obiettivi realistici a breve termine, integrati con gli obiettivi a lungo termine.

È importante che ci sia una regolare comunicazione all'interno del team che ha in cura la persona affetta dal disturbo borderline, per garantire l'efficacia e la coerenza dell'assistenza; un'equipe che si prende cura dell'assistito borderline è a rischio di contrasti, a causa delle intense reazioni emotive che possono derivare dalla relazione col paziente, quindi si rende essenziale una leadership dell'equipe stessa, nella quale ogni membro fornisce un contributo individuale, dando vita a processi decisionali basati sulla condivisione delle strategie terapeutiche.

La persona affetta da disturbo borderline non deve essere esclusa dall'accesso ai servizi a causa della sua diagnosi o dei suoi comportamenti autolesionistici; è inoltre importante chiedere all'assistito se desidera essere affiancato dai familiari durante il suo percorso di cura, assicurandosi che essi non rappresentino un ostacolo al processo terapeutico, incoraggiandoli piuttosto ad esserne parte integrante.¹⁰

Capitolo 3. Presentazione dello studio

3.1 Obiettivo dello studio

Lo studio ha lo scopo di analizzare la relazione assistenziale alla persona con disturbo borderline di personalità mediante la somministrazione di un questionario elaborato facendo riferimento a quello proposto dal Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing nell'articolo "Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder"²⁴, riutilizzato e adattato nello studio proposto nell'articolo "Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study"²⁵: entrambi i questionari intendono indagare l'esperienza, le conoscenze e le abilità dei membri dello staff dei Servizi di Salute Mentale nella gestione della persona con disturbo borderline; inoltre il questionario fa riferimento all'articolo "Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards Service Users

with a Diagnosis of a Borderline Personality

Disorder”²⁶ che analizza il livello di empatia degli infermieri verso gli assistiti affetti da disturbo borderline. Sono state aggiunte ulteriori domande riguardo la specifica preparazione sull’assistenza alla persona affetta da disturbo borderline e riguardo la presenza e l’utilizzo della documentazione infermieristica.

I dati rilevati da questo studio potranno costituire uno spunto di riflessione al fine di individuare i punti di forza e le aree grigie dell’assistenza infermieristica erogata alla persona affetta da disturbo borderline e potranno essere utili agli infermieri per affrontare al meglio questa relazione assistenziale, con lo scopo di migliorare la risposta clinico assistenziale e ridurre lo stress dell’operatore.

3.2 Materiali e metodi

3.2.1 Disegno di studio e setting

Il disegno di studio adottato è di tipo osservazionale trasversale monocentrico.

L'indagine è stata realizzata tramite l'utilizzo di Google Moduli, attraverso la somministrazione on line di questionari agli infermieri che lavorano nei Servizi di Salute Mentale in tutta Italia.

3.2.2 Strumento di raccolta dati

Lo studio è stato realizzato mediante la somministrazione di un questionario articolato in sette sezioni (appendice A):

1) *Area anagrafica*: questa sezione riguarda la collocazione anagrafica del soggetto e vengono richiesti il sesso e l'età.

2) *Esperienza formativa e lavorativa*: questa sezione raccoglie informazioni sul titolo di studio, sull'esperienza lavorativa in anni e sull'esperienza lavorativa in ambito psichiatrico in anni; si richiede, poi, di indicare il luogo di lavoro, la frequenza di contatto con il paziente borderline, si domanda al soggetto l'eventuale preparazione specifica riguardo la cura-assistenza-relazione con persone affette da disturbo borderline e la modalità con la quale essa è avvenuta.

3) *Accertamento delle conoscenze sul disturbo borderline*: questa sezione si articola in sette quiz con risposta: vero, falso o incerto.

4) *Comportamento degli infermieri nel processo assistenziale*: questa sezione assume informazioni riguardo la raccolta dell'anamnesi: mediante la scala Likert con punteggio da uno, che corrisponde a "mai", a cinque, che corrisponde a "sempre", si valuta la frequenza con cui l'infermiere, durante l'accertamento, indaga su possibili episodi di autolesionismo e tentativi

di suicidio, sulla storia familiare, su possibili episodi di aggressione, sullo stato emozionale e sull'instabilità affettiva, su pregressi interventi delle forze dell'ordine e sulla storia sessuale.

Questa sezione continua con un'indagine sull'autovalutazione, da parte dell'infermiere, circa le proprie conoscenze e competenze, riguardo l'assistenza alla persona affetta da disturbo borderline, precisamente nell'ambito dell'identificazione delle problematiche, nell'accertamento-anamnesi, nel management assistenziale-relazionale, nella capacità di indirizzare verso professionisti e strutture idonei e nella compilazione della documentazione a disposizione; all'infermiere viene chiesto di esprimere la propria sicurezza in una scala Likert con un punteggio da uno che corrisponde a "poco", a cinque che corrisponde a "molto". In quest'area si indaga inoltre la percezione della relazione con la persona affetta da disturbo borderline: si chiede all'infermiere in quale misura considera difficile la relazione infermiere-assistito,

dandogli la possibilità di esprimersi, mediante un punteggio sulla scala Likert che va da uno, corrispondente a “non d’accordo”, a cinque, corrispondente a “molto d’accordo”; con la stessa modalità si domanda all’infermiere se ritiene che la relazione con il paziente borderline sia più complessa rispetto a quella con altre tipologie di pazienti.

La sezione si conclude con un’indagine sul livello di empatia degli infermieri nei confronti della persona affetta da disturbo borderline; vengono proposte dieci opzioni che descrivono i possibili atteggiamenti che l’infermiere può assumere nel corso della relazione e l’operatore è invitato a scegliere fino a tre opzioni che meglio descrivono il suo comportamento; le alternative proposte fanno riferimento a quelle indicate nell’articolo “Exploring Registered Psychiatric Nurses’ Responses towards Service Users with a Diagnosis of a Borderline Personality Disorder” che utilizza la “ staff-patient interaction response scale” (SPIRS), individuando tre livelli di empatia all’interno dei quali

vengono collocate le dieci opzioni a disposizione dell'infermiere:²⁶

- Livello 1 (*no care*):

- utilizzo espressioni sdrammatizzanti;
- utilizzo un repertorio di risposte standardizzate.

- Livello 2 (*offer solution*):

- spiego le motivazioni delle regole e/o dei processi;
- stimolo l'assistito a tenere occupato il tempo;
- offro possibili soluzioni;
- rendo l'assistito un soggetto attivo nella ricerca delle soluzioni dei suoi problemi.

- Livello 3 (*affective involvement*):

- esprimo attenzione e dimostro preoccupazione;
- aiuto la persona ad esprimere un sentimento di fiducia nel servizio;

- aiuto la persona ad esprimere un sentimento di fiducia nei confronti degli altri;
- promuovo l'autostima dell'assistito.

Nel questionario le alternative sono state posizionate in ordine sparso, senza specificare il livello di empatia in cui si colloca ogni opzione, per non condizionare la scelta dell'infermiere.

5) Percezione del proprio ruolo nell'assistenza alle persone affette da disturbo borderline: in questa sezione viene proposta una tabella in cui si chiede all'infermiere se pensa di avere un ruolo nella valutazione degli assistiti, nella loro gestione, nell'indirizzarli presso le strutture idonee e nell'educazione ed informazione per i pazienti; l'infermiere può rispondere "sì", "no", oppure "incerto".

6) Qualità dell'assistenza alle persone con disturbo borderline percepita dal personale infermieristico: si chiede se l'assistenza, a parere dell'infermiere, sia adeguata e, in caso di risposta negativa, si chiede di

indicarne le possibili cause, scegliendo tra carenza dei servizi, persone difficili da trattare-intrattabili, carenza di formazione, scarsa coesione del team, assistiti non informati riguardo la loro diagnosi, oppure è data la possibilità di portare altre motivazioni. Infine si chiede, secondo l'opinione dell'operatore, quali siano le possibili risorse per migliorare la qualità dell'assistenza, scegliendo tra corsi di formazione, informazione su dove indirizzare gli assistiti, servizi specialistici, protocolli standard, incentivazione della formazione post base specifica; è possibile indicare altre proposte.

7) *Bisogni formativi*: si chiede all'infermiere a quanti corsi di formazione specifica in ambito psichiatrico ha partecipato nel triennio 2017-2019; in seguito viene richiesto all'operatore in che misura necessita di formazione in ambito clinico, organizzativo e relazionale, mediante un punteggio sulla scala Likert da uno a cinque, in cui uno corrisponde a "poco" e cinque corrisponde a "molto".

3.2.3 Procedure di studio

La somministrazione del questionario agli infermieri è avvenuta on line tramite Google Moduli.

Gli aderenti allo studio sono stati 116.

Capitolo 4. Analisi dei dati e discussione dei risultati

4.1 Campione.

All'indagine hanno adeso un totale di 116 infermieri; il 62,1% di questi è rappresentato da donne, mentre il 37,9% da uomini rispetto al dato nazionale che oscilla tra il 77-78% di infermieri di sesso femminile (dati FNOPI 2019).

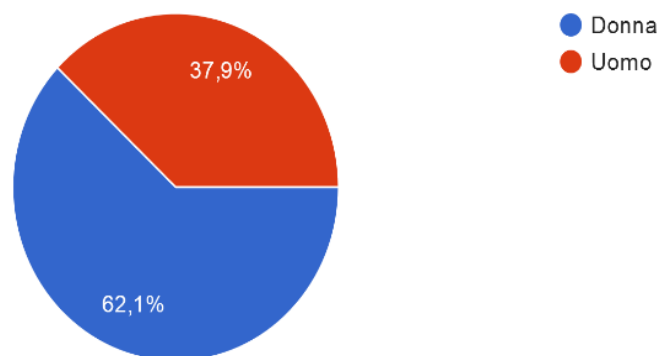


Figura 1 Sesso

Quasi il 70% del campione ha più di 40 anni, mentre coloro che operano nel DSM di età inferiore ai 30 anni risulta essere il 13,9%.

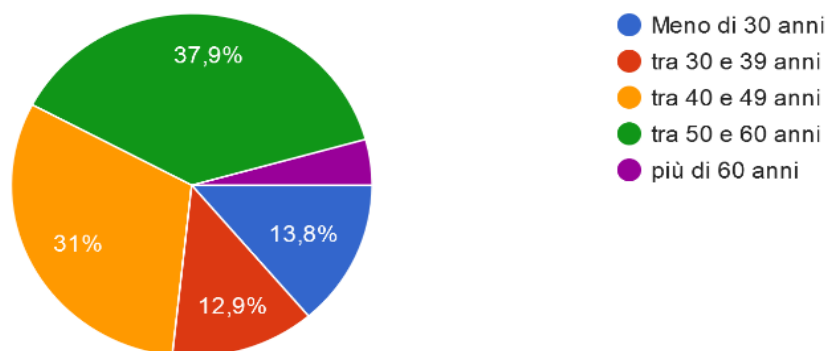


Figura 2 Età

Quasi il 65% dei colleghi che hanno partecipato hanno più di 20 anni di servizio. Oltre il 42% hanno prestato servizio per più di 20 anni in salute mentale, mentre una fetta consistente, il 30,2%, ha meno di 5 anni di servizio: il 17% perché con poca anzianità, gli altri perché trasferiti da altri servizi.

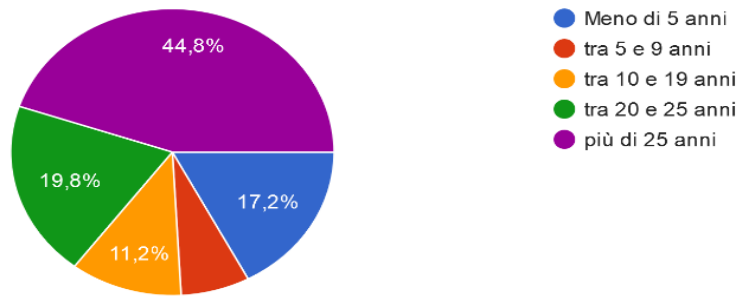


Figura 3 Anni di servizio come Infermiere

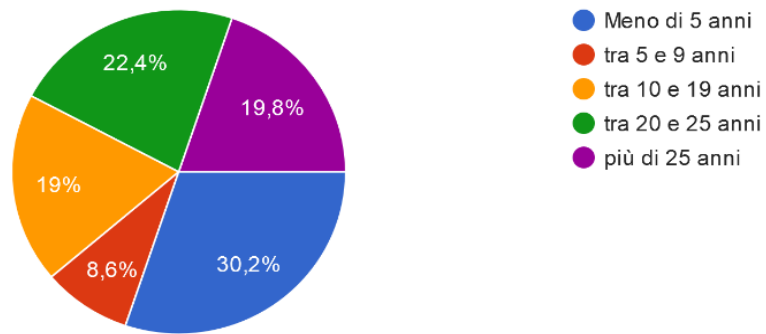


Figura 4 Anni di servizio in salute mentale

I tre grandi raggruppamenti da cui proviene il campione sono l'SPDC, il CSM e le strutture residenziali che rappresentano oltre l'80% del campione.

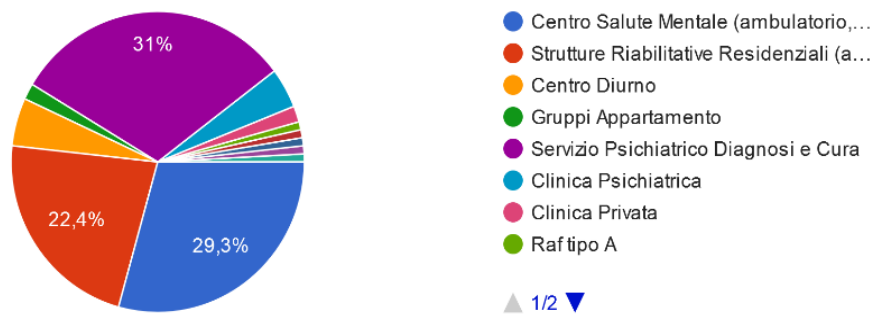


Figura 5 servizio di assegnazione prevalente

Il contatto con le persone affette da disturbo di personalità borderline si è dimostrato frequente: oltre il 70% dei colleghi ne è a contatto più volte a settimana. Solamente lo 0,9% (un solo partecipante che dal questionario risulta essere una giovane di una carriera minore di 5 anni in un RSA) non ha mai avuto una relazione assistenziale con la persona con disturbo borderline di personalità.

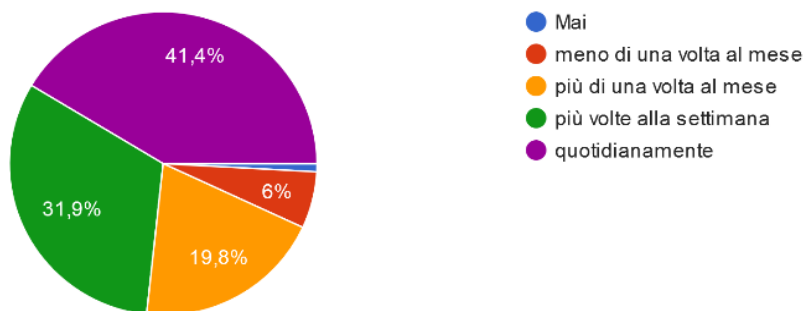


Figura 6 frequenza di contatto con borderline

Da questi dati si può dedurre che il campione assiste normalmente questo utente.

4.2 Percorso formativo e conoscenze.

Dall'analisi dei dati della figura 7 si può constatare che oltre il 50% dei partecipanti all'inchiesta non ha avuto specifica formazione per la gestione della relazione con persone con disturbo di personalità borderline e solo il 5,2% la reputa sufficiente.

Ha avuto una formazione specifica per gestire la relazione con persone con disturbo di personalità Borderline

116 risposte

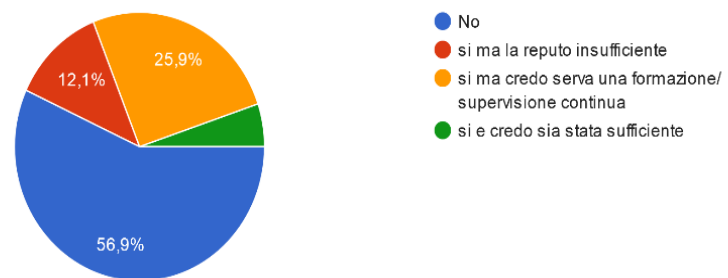


Figura 7 formazione per relazione con borderline

Questi risultati mostrano la gravità della situazione attuale, dove la maggioranza di coloro che operano a stretto contatto con gli utenti che soffrono di disturbo

borderline di personalità non sanno di che cosa si tratta, né tanto meno sanno come affrontare una relazione assistenziale efficace. Di conseguenza è possibile dedurre la difficoltà nella diagnosi e nella cura di questa patologia che è sempre più frequente.

ACCERTAMENTO DELLE CONOSCENZE SUL BPD

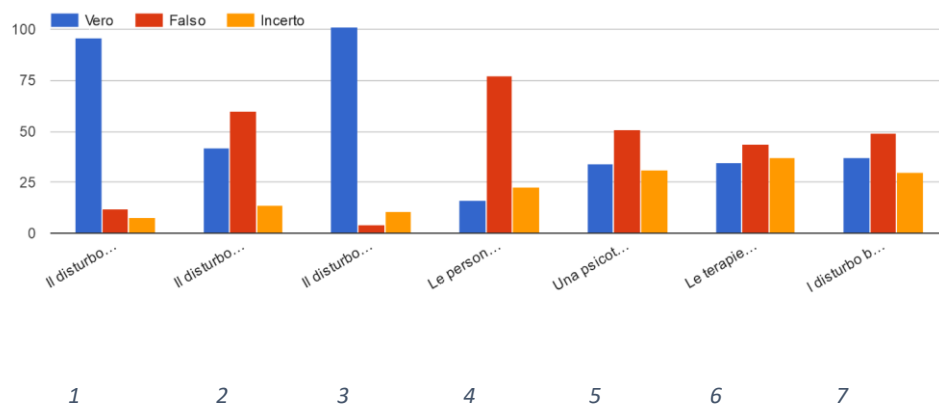


Figura 8 accertamento delle conoscenze sul BPD: 1. Il BPD (DSM-IV) è caratterizzato da umor instabile con rapidi sbalzi; 2. Il BPD (DSM-IV) è caratterizzato da un grandioso senso dell'io; 3. Il BPD è caratterizzato da impulsività e comportamenti autodistruttivi; 4. Le persone con BPD non devono essere ospedalizzate; 5. Una psicoterapia di breve durata può essere utile nella gestione delle crisi nelle persone con BPD; 6. Le terapie antidepressive non portano benefici nel trattamento della depressione nelle persone con BPD; 7. Il BPD non può evolvere nella schizofrenia.
RISPOSTE ESATTE: 1=vero; 2=falso; 3=vero; 4=falso; 5=vero; 6=falso; 7=vero.

Dall'analisi dei dati della figura 8 ciò che emerge a prima vista è il grado di incertezza notevole soprattutto

sugli ultimi tre items: il 31% non si mostra sicuro di sapere che una psicoterapia può essere utile nella gestione delle crisi nelle persone con BPD; il 37% non sa se gli antidepressivi portano benefici nel trattamento della depressione nelle persone con BPD e il 30% è incerto sulla possibile evoluzione del BPD in schizofrenia. Inoltre spicca la percentuale di colleghi che hanno sbagliato la seconda risposta: secondo il 42% dei partecipanti il BPD è caratterizzato da un grandioso senso dell'io. Sottolineare a questo punto che il disturbo di personalità borderline di personalità è caratterizzato da umore instabile con rapidi sbalzi, da impulsività e comportamenti autodistruttivi risulta necessario. Fortunatamente oltre il 90% dei partecipanti ha risposto correttamente alla prima e alla terza parte dell'accertamento.

Dall'analisi dei dati si può dedurre che, del 38% degli intervistati che dichiara di aver avuto una formazione specifica per gestire la relazione con persone affette da BPD, nessuno di questi ha risposto correttamente ai

quesiti dell'accertamento delle conoscenze sul BPS. In particolare il 100% di coloro che ritengono di avere avuto una formazione sufficientemente adeguata ha risposto in modo errato a più di una parte dell'accertamento.

4.3 Tipologie di accertamento utilizzate regolarmente.

Dallo studio dei dati risulta evidente che il 47,4% dei partecipanti allo studio ogni volta durante l'accertamento va ad indagare se gli assistiti abbiano avuto episodi di autolesionismo o tentativi di suicidio, mentre solo il 3,4% non indaga questo campo.

Il 59,5% nell'accertamento si preoccupa di conoscere la storia familiare di tutti gli utenti con diagnosi di disturbo borderline di personalità; di contro il 7,8% non lo fa quasi mai.

Per quanto riguarda l'accertamento sui possibili episodi di aggressione subiti dagli assistiti, coloro che

dichiarano di farlo sono il 47,4% e solo il 6% non lo fa quasi mai.

Il 56,9% svolge sempre un accertamento sullo stato emozionale e sull'instabilità affettiva all'arrivo di ogni utente con BPD, mentre il 7,8% non svolge tale accertamento.

Dai dati sull'indagine su eventuali pregressi interventi delle forze dell'ordine la maggioranza risulta divisa tra chi la svolge sempre, il 25,9%, e chi la svolge saltuariamente, il 33,6%; c'è comunque una piccola minoranza, l'1,7%, che non svolge mai tale indagine.

Per quanto riguarda l'ultimo campo di accertamento, l'indagine sulla storia sessuale, sono pochi coloro che la ritengono necessaria: solamente il 19,8% dei partecipanti indaga sempre questo campo, mentre addirittura il 12,9% non lo fa mai.

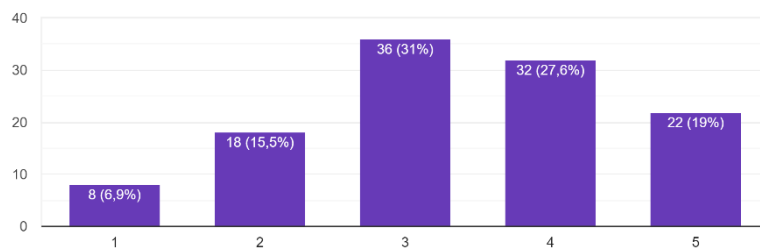
Dai seguenti dati si può constatare che i campi meno indagati durante l'accertamento sono: la storia sessuale e problemi con le forze dell'ordine.

4.4 Sicurezza nelle proprie conoscenze e competenze riguardo l'assistenza alla persona con BPD.

Dall'analisi dei dati è evidente che l'infermiere si ritiene abbastanza sicuro nei items di questo gruppo: identificazione delle problematiche, accertamento – anamnesi, nella relazione. Maggiori criticità risultano nell'indirizzare presso professionisti/strutture idonee e nella compilazione della cartella infermieristica.

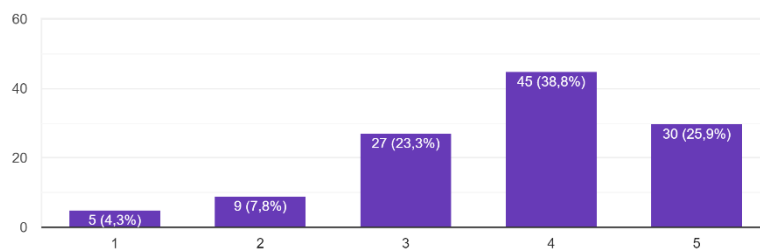
nella capacità di indirizzare presso professionisti/strutture idonee

116 risposte



nella compilazione della documentazione a disposizione

116 risposte



4.5 Percezione della relazione con la persona affetta da disturbo borderline di personalità.

Gli infermieri ritengono che la relazione infermiere-persona con BPD sia difficile e che la relazione infermiere-persona con BPD sia più complessa rispetto a quella con altri assistiti.

SCALA LIKERT	RELAZIONE CON BORDERLINE DIFFICILE: RISPOSTE	RELAZIONE CON BORDERLINE LA PIU' DIFFICILE: RISPOSTE
1	2	5
2	7	11
3	19	19
4	39	36
5	49	45

4.6 Possibili interventi che l'infermiere può assumere nel corso della relazione .

Secondo le definizioni sottostanti, che riguardano il rapporto empatico infermiere-assistito, in quali si ricono...e scegliere un massimo di 3 risposte) □

116 risposte

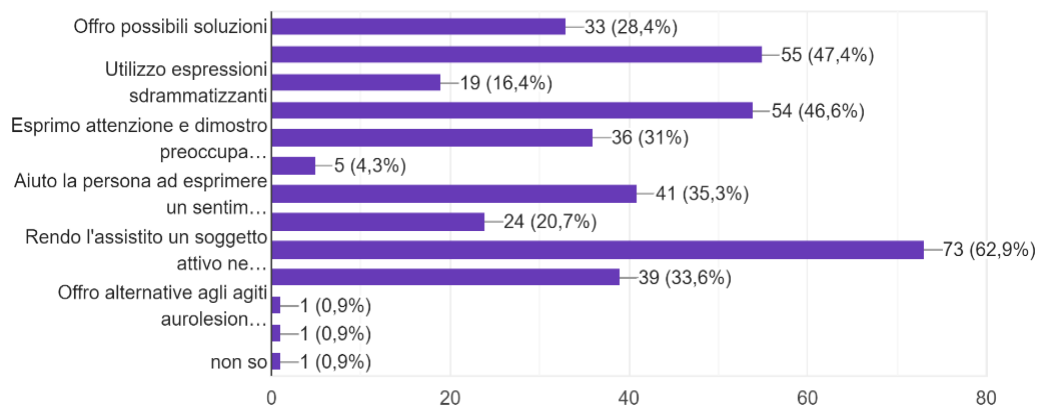
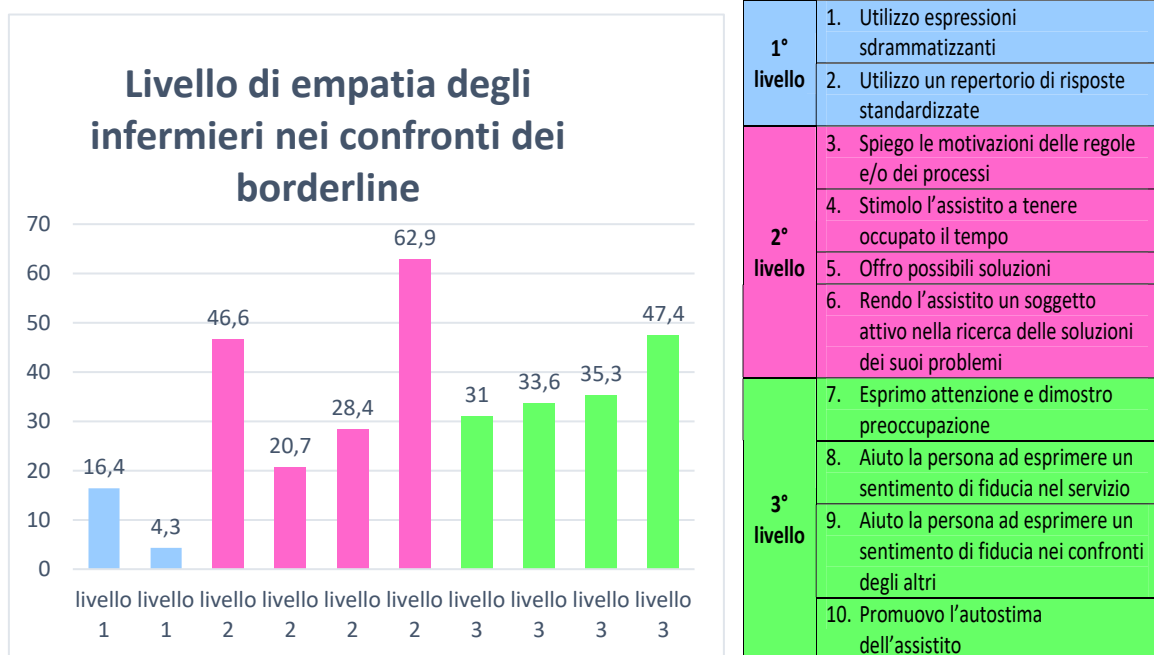


Figura 9

Dai dati mostrati nella figura 9 si può notare che il 62,9% dei partecipanti ritiene necessario rendere l'assistito un soggetto attivo nella ricerca delle soluzioni dei suoi problemi; gli altri interventi sono utilizzati dal restante 37,1% degli infermieri.

Fortunatamente di rado viene utilizzato un repertorio di risposte standardizzate (4,3%) e lo 0,9% propone

nuove alternative: offrire alternative agli agiti autolesionistici e promozione di attività ludiche. Una buona fetta dei risultati, il 47,4% promuove l'autostima della persona assistita.



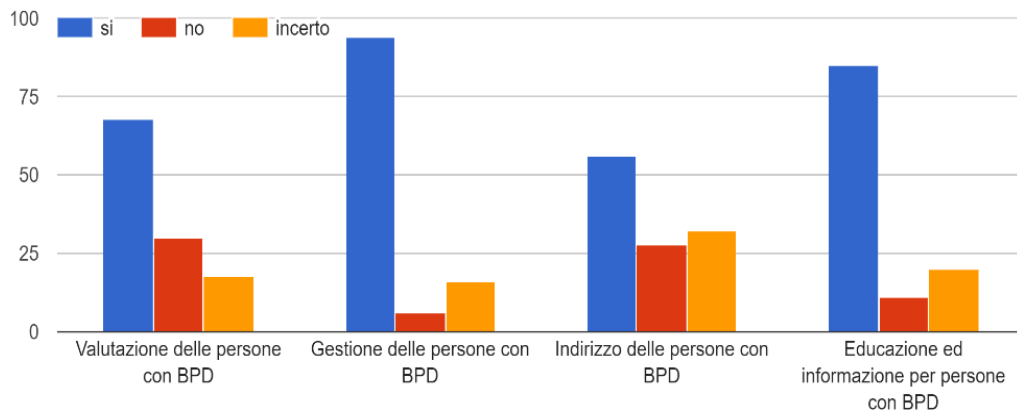
1° livello	1. Utilizzo espressioni sdrammatizzanti
	2. Utilizzo un repertorio di risposte standardizzate
2° livello	3. Spiego le motivazioni delle regole e/o dei processi
	4. Stimolo l'assistito a tenere occupato il tempo
	5. Offro possibili soluzioni
	6. Rendo l'assistito un soggetto attivo nella ricerca delle soluzioni dei suoi problemi
3° livello	7. Esprimo attenzione e dimostro preoccupazione
	8. Aiuto la persona ad esprimere un sentimento di fiducia nel servizio
	9. Aiuto la persona ad esprimere un sentimento di fiducia nei confronti degli altri
	10. Promuovo l'autostima dell'assistito

Figura 10

Dall'analisi dei dati in figura 10 è possibile affermare che ci sia un buon livello di empatia da parte dei colleghi che operano a contatto con le persone con disturbo borderline.

4.7 Ruolo dell'infermiere.

Come infermiere, nell'ambito dell'assistenza, pensa di avere un ruolo in:

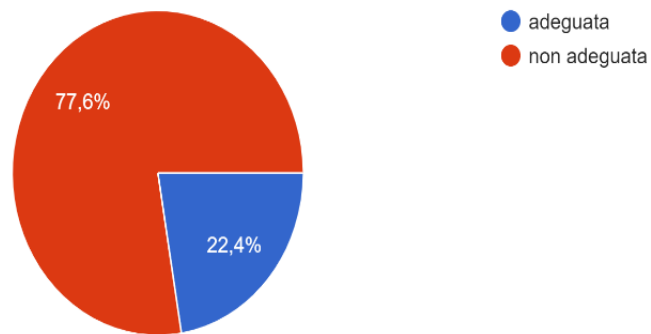


Dai dati si può notare che l'infermiere si sente di avere un ruolo in tutte le componenti indagate, minore e con maggiore incertezza nell'indirizzo del soggetto che,

come abbiamo visto (prima considerazione), è uno dei campi dove i colleghi si sentono meno preparati.

Ritiene che l'assistenza erogata a persone con disturbo BPD sia

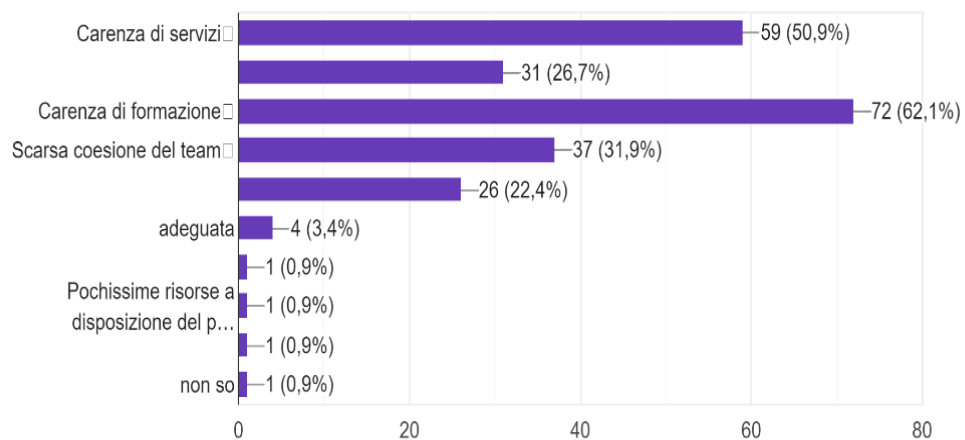
116 risposte



Più di un collega su quattro la ritiene inadeguata e riconduce la causa a..

Se la ritiene non adeguata, a cosa può essere riconducibile la causa?

116 risposte



Avendo a disposizione più risposte, tra le varie opzioni presenti sul questionario, ben l'81% dei colleghi propone corsi di formazione come soluzione all'inadeguatezza dell'assistenza ed oltre 1 metà ritiene necessario incentivare la formazione post base e investire sui servizi specialistici dedicati.

Necessario a questo punto sottolineare un'altra questione rilevante emersa dall'analisi dei dati: il 50% dei partecipanti ha seguito meno di 5 corsi nel triennio di formazione specifica e il 10% non ne ha frequentato nessuno!

A suo giudizio, in che misura necessita di formazione nei seguenti ambiti?



Figura 10

Gli infermieri ritengono necessaria una formazione soprattutto in ambito relazionale!

Conclusioni.

Le persone affette da disturbo borderline rappresentano una sfida per il mondo sanitario per diverse ragioni: lo sviluppo insufficiente dei servizi per queste persone e, soprattutto, le problematiche che gli assistiti comportano a causa del loro umore instabile, del loro atteggiamento provocatorio e della loro capacità di manipolare e fagocitare la relazione con gli operatori, tutti aspetti che gli infermieri hanno fatto emergere mediante le loro risposte ai questionari.

Considerando che i casi di diagnosi di disturbo borderline sono in aumento, si rende sempre più necessaria la preparazione sia del personale che si deve occupare delle persone con questo disturbo, sia di tutti coloro che sono indirettamente collegati ad essi (concittadini, scuole etc.). Dallo studio è emerso un

dato allarmante: tutti coloro che pensano di avere una formazione adeguata in merito al BPD non hanno risposto correttamente ai quesiti in merito alla conoscenza di questo disturbo. Da ciò si evince che la formazione del personale, in questo caso di infermieri, risulta essere scarsa, superficiale e stagnante. In merito a ciò si deve intervenire sin dal triennio di formazione, fino alla formazione post-base. Inoltre sarebbe molto utile saper collaborare con i medici che si occupano di questi disturbi andando a cercare una coesione interdisciplinare tale da garantire la continuità delle cure, a favore del soggetto in cura che, grazie alla coerenza tra gli operatori, non si trova a dover far fronte a più parti, ma ad un'unica parte, mirante al successo terapeutico.

Tuttavia il margine di miglioramento è visibile: molti di coloro che hanno partecipato allo studio si sono mostrati disponibili a dedicare del tempo all'approfondimento delle proprie conoscenze e ha

anche proposto suggerimenti per migliorare la qualità assistenziale.

Le conclusioni emerse dall'indagine sono coerenti con quelle espresse da uno studio simile proposto da Cleary et al., nell'articolo "Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder".

Bibliografia.

1. American Psychiatric Association, Criteri Diagnostici DSM-5, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014, p. 351-352.
2. Mario Rossi Monti, Psicopatia del presente. Crisi della nosografia e nuove forme della clinica, Franco Angeli, Milano 2012, p. 9-14.
4. American Psychiatric Association (1980), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, III ed. (DSM-III), Masson, Milano, 1983.
7. Il disturbo borderline di personalità, G. Caviglia, C. Iuliano, R. Perrella, Carocci editore, 2019.
8. American Psychiatric Association, “Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder”, *Am J. Psychiatry*, 158, 2001, 1-52
9. Gabbard G.O., Wilkinson S.M., *Management of Countertransference with borderline patient*, Washington, American Psychiatric Press, 1994

10. Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna,
Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche
Salute nelle Carceri, “Linee di indirizzo per il
trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità”, PG.
2013. 0130761 del 29/05/2013, 13-18

11. Galli F., *Infermieristica in salute mentale*,
*Università Politecnica delle Marche, Anno
Accademico 2013-2014*

12. Re E., *I servizi di salute mentale: storia e
organizzazione istituzionale*, Azienda Ospedaliera
Ospedale Niguarda Ca' Granda - Dipartimento di
Salute Mentale, 2006, 6-9

13. Benci L., *Aspetti giuridici della professione
infermieristica*, Milano, Mc Graw Hill, 2011, 190-196

14. Re E., *I servizi di salute mentale: storia e
organizzazione istituzionale*, Azienda Ospedaliera
Ospedale Niguarda Ca' Granda - Dipartimento di
Salute Mentale, 2006, 6-9

15. De Paola T., “Io non so”, *Infermiere oggi*,
Periodico di idee informazione cultura Collegio
IPASVI di Roma, 2003, 52
16. Drigo M.L. et al., *Clinica e Nursing in Psichiatria*,
Milano, CEA, 1993
17. Cantarelli M., *Il modello delle prestazioni
infermieristiche*, Milano, Masson, 1996
18. Boni N., Barelli P., Marin M., Urli N., Atti del
Convegno “L’infermiere in psichiatria: prevenzione,
cura e riabilitazione?”, Centro documentazione ANIN,
1996
19. George B. *Le teorie del Nursing*. Torino: UTET,
1995.
20. Marriner A. *I teorici dell’infermieristica e le loro
teorie*. Ed. italiana. Milano: Ambrosiana, 1989.
21. Wesley RL. *Modelli e teorie infermieristiche*.
Padova: Summa, 1993.
22. Peplau HE. *Rapporti interpersonali nell’assistenza
infermieristica*. Ed. italiana. Padova: Summa, 1994.

23. Manzoni E., *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*, Milano, Masson, 2010, 208-213
24. Cleary M., Siegfried N., Walter G., "Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 2002, 186-191
25. Giannouli H. et al., "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, 2009, 481-487
26. McGrath B., Dowling M., "Exploring Registered Psychiatric Nurses' Responses towards Service Users with a Diagnosis of a Borderline Personality Disorder", *Nursing Research and Practice*, 2012
27. Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974), Michel Foucault, p.343

28. Traiè médico-philosphique, cit., ed. 1800, sez. VI,
par. 12, p.256

Sitografia.

3. Antonello Correale, incontro scientifico del 20
ottobre 2007 (Bergamo).

www.serenamente.com/borderline/aborderline_malatti_a_sociale.htm (Ultima visita: 11-10-19)

5. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB,

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2676679/> in *J Clin Psychiatry*, vol. 69, n° 4, April 2008,
pp. 533–45. (Ultima visita: 13-10-19)

6. National Educational Alliance for Borderline
Personality Disorder, 2013.

<https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/what-is-bpd/bpd-fact-sheet/>
<https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/what-is-bpd/bpd-fact-sheet/> . (Ultima visita: 11-10-19)

29.http://www.sippnet.it/images/Articoli_pdf/Rivista_1994-2001/12_n_1_gennaio_2000.pdf#page=77

(Ultima visita: 17-10-19).

Ringraziamenti.

Ringrazio di cuore tutti coloro che mi hanno sostenuta in questo percorso, a partire dai miei genitori, i miei amici, le/i futuri colleghi e ultimo, ma non per questo meno sentito, ringrazio il mio relatore, docente, educatore e infermiere, Maurizio Ercolani per la sua disponibilità e i suoi consigli.

Grazie Debora, sei stata la musa ispiratrice di questa tesi (scherzo). Se stai leggendo ti ringrazio per tutte le belle chiacchierate, tutti i bei consigli, i pianti, le risa, i sorrisi che hai voluto condividere con me. Spero solo di non averti mai come infermiera (scherzo). Hai sempre creduto in me, mi hai sempre spronata a sorridere e a lottare, grazie amica mia!

Grazie Sere! È finita!! Abbiamo iniziato questo breve ma intenso percorso insieme e insieme lo finiamo. Se non fosse stato per te, segretaria del mio cuor, con la tua oggettività e con il tuo modo organizzatissimo di fare, avrei faticato molto di più all'inizio di questa esperienza e forse non sarei nemmeno arrivata dove sono ora. Grazie perchè, anche se sono sempre gli stessi, ascolti i miei problemi e mi aiuti a trovare sempre la soluzione più logica. Ti faccio tanti complimenti per la persona che sei, sei ingamba Sere! Ti voglio bene.

Dovrei ringraziare ancora almeno un paio di persone almeno per aver creduto in me, ma preferisco farlo a modo mio e non con questo mezzo.

Grazie a tutti quelli che stanno leggendo queste righe, so che se lo state facendo è perché siete davvero speciali per me, ognuno di voi ha contribuito al mio successo universitario.

APPENDICE A: il questionario.

Relazione Assistenziale con Persona affetta da disturbo di personalità BORDERLINE.

Salve, questa intervista serve per capire il grado di disagio che può provocare nell'Infermiere la relazione con una persona con disturbo grave di personalità Borderline, soprattutto in presenza di scarsa formazione o altre problematiche legate al settore organizzativo.

Le chiediamo un pò del suo tempo affinché dallo studio possa emergere come aiutare i colleghi a meglio affrontare questa relazione assistenziale, al fine di ridurre lo stress dell'operatore e migliorare la risposta clinico assistenziale della persona assistita.

Grazie per il suo tempo.

Il questionario è completamente anonimo, se desidera informazioni in merito può contattarci via mail

mau.72@virgilio.it

SESSO:

DONNA

UOMO

ETA':

Meno di 30 anni

Tra 30 e 39 anni

Tra 40 e 49 anni

Tra 50 e 60 anni

Più di 60 anni

ANNI DI SERVIZIO COME INFERMIERE IN SALUTE MENTALE:	Meno di 5 anni
	Tra 5 e 9 anni
	Tra 10 e 19 anni
	Tra 20 e 25 anni
	Più di 25 anni

In che struttura del DSM lavora prevalentemente?	
	Centro di Salute Mentale (ambulatorio, Day Hospital, Domicilio..)
	Strutture Riabilitative Residenziali (anche con annesso Centro Diurno)
	Centro Diurno
	Gruppi Appartamento
	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
	Clinica Psichiatrica
	Clinica privata

FREQUENZA DI CONTATTO E CONOSCENZA DELLA PERSONA AFFETTA DA DISTURBO BORDERLINE.

Con che frequenza si relaziona con persone affette da disturbo borderline di personalità?	
	Mai
	Meno di una volta al mese
	Più di una volta al mese
	Più volte alla settimana
	Quotidianamente

Ha avuto una formazione specifica per gestire la relazione con persone con disturbo di personalità borderline?	
	No
	Si ma la reputo insufficiente
	Si ma credo serva una formazione/supervisione continua
	Si e credo sia stata sufficiente

ACCERTAMENTO DELLE CONOSCENZE SUL BPD.

	VERO	FALSO	INCERTO
Il disturbo borderline (DSM-IV) è caratterizzato da umore instabile con rapidi sbalzi			
Il disturbo borderline (DSM-IV) è caratterizzato da un grandioso senso dell'io			
Il disturbo borderline (DSM-IV) è caratterizzato da impulsività e comportamenti autodistruttivi			

I pazienti con BPD <u>non</u> devono essere ospedalizzati			
Una psicoterapia di breve durata può essere utile nella gestione delle crisi nei pazienti con BPD			
Le terapie antidepressive <u>non</u> portano benefici nel trattamento della depressione nel paziente co BPD			
Il disturbo borderline non può evolvere nella schizofrenia			

COMPORAMENTO DEGLI INFERMIERI NEL PROCESSO ASSISTENZIALE

RACCOLTA DELL'ANAMNESI: DURANTE L'INTERVISTA, IN QUALE MISURA VENGONO ANALIZZATE LE SEGUENTI AREE?

- accertamento su possibili episodi di autolesionismo o tentativi di suicidio

mai 1 2 3 4 5 sempre

- accertamento sulla storia familiare

mai 1 2 3 4 5 sempre

- accertamento su possibili episodi di aggressione

mai 1 2 3 4 5 sempre

- accertamento sullo stato emozionale e sull'instabilità affettiva

mai	1	2	3	4	5	sempre
-----	---	---	---	---	---	--------

- indagine su eventuali pregressi interventi delle forze dell'ordine

mai	1	2	3	4	5	sempre
-----	---	---	---	---	---	--------

- indagine sulla storia sessuale

mai	1	2	3	4	5	sempre
-----	---	---	---	---	---	--------

Sicurezza nelle proprie conoscenze e competenze riguardo l'assistenza al paziente con BPD:

in quale misura giudica le proprie conoscenze e competenze nelle seguenti aree?

- nella identificazione delle problematiche

poco	1	2	3	4	5	molto
------	---	---	---	---	---	-------

- nell'accertamento – anamnesi

poco	1	2	3	4	5	molto
------	---	---	---	---	---	-------

- nel management assistenziale – relazionale

poco	1	2	3	4	5	molto
------	---	---	---	---	---	-------

- nella capacità di indirizzare presso professionisti/strutture idonee

poco	1	2	3	4	5	molto
------	---	---	---	---	---	-------

- nella compilazione della documentazione a disposizione

poco 1 2 3 4 5 molto

PERCEZIONE DELLA RELAZIONE CON LA PERSONA BORDERLINE.

- Ritiene che la relazione infermiere – persona con BPD sia difficile?

Non d'accordo 1 2 3 4 5 Molto d'accordo

- Ritiene che la relazione infermiere – persona con BPD sia più complessa rispetto a quella con altri assistiti?

Non d'accordo 1 2 3 4 5 Molto d'accordo

Motivare le risposte

.....

- Secondo le definizioni sottostanti, che riguardano il rapporto empatico infermiere paziente, in quali si riconosce maggiormente?

(è possibile scegliere un massimo di 3 risposte)

- Offro possibili soluzioni
- Promuovo l'autostima del paziente
- Utilizzo espressioni sdrammatizzanti

- Spiego le motivazioni delle regole e/o dei processi
- Esprimo attenzione e dimostro preoccupazione
- Utilizzo un repertorio di risposte standardizzate
- Aiuto la persona ad esprimere un sentimento di fiducia nel servizio
- Stimolo il paziente a tenere occupato il tempo
- Rendo il paziente un soggetto attivo nella ricerca delle soluzioni dei suoi problemi
- Aiuto la persona ad esprimere un sentimento di fiducia nei confronti degli altri

PERCEZIONE DEL PROPRIO RUOLO NELL'ASSISTENZA AI PAZIENTI AFFETTI DA BPD

Come infermiere, nell'ambito dell'assistenza, pensa di avere un ruolo in:

	SI	NO	INCERTO
Valutazione dei pazienti con BPD			
Gestione dei pazienti con BPD			
Indirizzo dei pazienti con BPD			
Educazione ed informazione per i pazienti con BPD			

- Altro

Quali, secondo la sua opinione, sono le possibili risorse per migliorare la qualità dell'assistenza?

- Corsi di formazione
- Informazione su dove indirizzare i pazienti
- Servizi specialistici
- Protocolli standard
- Incentivazione della formazione post-base specifica
- Altro.....

BISOGNI FORMATIVI.

A QUANTI CORSI DI FORMAZIONE SPECIFICA IN AMBITO PSICHIATRICO HA PARTECIPATO NEL TRIENNIO 2017/2019?	Nessuno
	Meno di 5
	Tra 5 e 10
	Oltre 2

A suo giudizio, in che misura necessita di formazione nei seguenti ambiti?

- Ambito clinico

poco	1	2	3	4	5	molto
------	---	---	---	---	---	-------

- Ambito organizzativo

poco	1	2	3	4	5	molto
------	---	---	---	---	---	-------

- Ambito relazionale

Poco	1	2	3	4	5	molto
------	---	---	---	---	---	-------

Sa che nel 2017 è stata fondata la SISISM, Società tecnico scientifica di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale?

Sì / No

Se vuoi informazioni o essere informato sui risultati ottenuti può lasciare la sua mail di riferimento.