



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**La relazione terapeutica tra infermiere e assistito  
con disturbo della personalità borderline.**

Relatore: Chiar.mo  
**Cotticelli Federico**

Tesi di Laurea di:  
**Sulejmanoska Safie**

A.A. 2020/2021

## **ABSTRACT**

### **Background**

Il disturbo borderline di personalità è una psicopatologia complessa con una prevalenza all'interno della popolazione generale che va dal 1,6 % al 5,9%. L'assistenza infermieristica nei confronti di questi pazienti è stata ritenuta complessa sia a livello mentale che fisico. Il quadro clinico di tali pazienti richiede ai professionisti particolari abilità relazionali, mantenendo pur sempre una relazione terapeutica.

### **Obiettivi**

Lo scopo di tale lavoro è quello di indagare gli interventi relazionali ritenuti maggiormente efficaci nell'assistenza infermieristica di pazienti con disturbo della personalità borderline.

### **Metodologia della ricerca**

La metodologia utilizzata per la ricerca consiste in una revisione sistematica della letteratura, con lo scopo di indagare la ricerca già esistente sull'argomento in questione. La ricerca è stata principalmente effettuata su banche dati come PubMed, Taylor & Francis.

### **Risultati**

La letteratura analizzata fa emergere diverse esperienze di cura sia dal punto di vista del curante che del paziente borderline. Le diverse prospettive mostrano la necessità di instaurare un'adeguata relazione terapeutica con il paziente, al fine di rendere l'assistito capace di gestire il trattamento della condizione e prevenire le complicanze, mantenendo o migliorando, nel contempo, la qualità di vita. Grazie alle varie esperienze di cura, i risultati permettono di evidenziare vari aspetti e interventi di tipo relazionale, in grado di favorire o al contrario ostacolare un'assistenza infermieristica di qualità e volta alla promozione del benessere del paziente.

### **Conclusioni**

Per un'efficace assistenza infermieristica emerge la necessità da parte del personale curante di approfondire le proprie conoscenze in relazione al disturbo. La formazione più approfondita funge da chiave per comprendere le interazioni con i pazienti e quindi di poter sviluppare un'adeguata relazione terapeutica.

### **Parole chiave**

“borderline personality disorder”, “psychiatric nurse”, “nurse”, “nursing”, “therapeutic interventions”, “therapeutic relationship”, “relational interventions”, “nurse-patient relations”

## Sommario

1. Introduzione.....	4
1.1. Motivazione della scelta.....	4
1.2. Scopo e obiettivi.....	4
2. Disturbo borderline di personalità.....	5
2.1. Diagnosi.....	6
2.2. Diagnosi differenziale e comorbidità.....	7
2.3. Epidemiologia.....	7
2.4. Eziopatogenesi.....	7
2.5. Decorso e prognosi.....	8
2.6. Quadro clinico.....	8
3. La relazione terapeutica nell'assistenza infermieristica.....	10
3.1. Le fasi della relazione terapeutica.....	10
4. Alleanza terapeutica.....	13
5. Comportamenti caratteristici del paziente con disturbo borderline di personalità che incidono sulla relazione terapeutica.....	15
6. L'assistenza al paziente con disturbo borderline di personalità.....	18
7. La scelta della metodologia.....	20
8. Articoli.....	20
8.1. Articolo 1.....	20
8.2. Articolo 2.....	24
8.3. Articolo 3.....	31
8.4. Articolo 4.....	33
8.5. Articolo 5.....	37
9. Discussione.....	40
10. Ringraziamenti.....	42
11. Bibliografia.....	43

## **1. Introduzione**

### **1.1. Motivazione della scelta**

L'interesse verso questo argomento è nato durante il mio stage come allieva in un reparto specializzato dove sono venuta a contatto con pazienti ai quali era stato diagnosticato il disturbo borderline di personalità.

Ho notato che per l'assistenza di tali pazienti occorre avere delle buone conoscenze e giuste competenze relazionali.

Il quadro clinico è piuttosto complesso, i pazienti con disturbo borderline di personalità hanno una intolleranza all'essere soli; fanno sforzi frenetici per evitare l'abbandono e generare crisi, come la realizzazione di gesti suicidari in una modalità che invita al salvataggio e all'assistenza da altri.

Alcuni di loro chiedevano di essere medicati quando si autoinfliggevano una lesione, altri invece nascondevano l'atto. Oltre alla presenza di questo atteggiamento autolesivo, nella maggior parte dei pazienti con questo disturbo, ho potuto osservare frequenti mutamenti dell'umore, i quali influenzavano l'atteggiamento adottato nei miei confronti, rispettivamente in quelli del resto dell'equipe.

Le situazioni che più mi mettevano in difficoltà erano quelle in cui i pazienti si isolavano e non volevano entrare in relazione con i membri dell'equipe.

In seguito a tutte queste esperienze vissute durante lo stage, è nato in me l'interesse verso questo argomento e quindi di approfondire le mie conoscenze, ma soprattutto arricchire il mio bagaglio personale e professionale.

### **1.2. Scopo e obiettivi**

Lo scopo di tale lavoro è quello di individuare gli interventi considerati maggiormente efficaci nell'assistenza infermieristica di questi pazienti. Per raggiungere lo scopo di questo lavoro, sono stati prefissati i seguenti obiettivi:

- Approfondire le conoscenze inerenti al disturbo di personalità borderline;
- Approfondire il concetto di relazione e alleanza terapeutica;
- Individuare una gestione infermieristica efficace nei pazienti con disturbo di personalità borderline;
- Sviluppare capacità di analisi e integrazione delle conoscenze.

## 2. Disturbo borderline di personalità

Con il termine “personalità” ci si riferisce all’insieme di comportamenti, pensieri ed emozioni che caratterizzano ogni persona e le lenti con cui guardare sé stessi e il mondo esterno, con cui relazionarsi e comprendere gli altri. La personalità si sviluppa già durante l’infanzia e subisce l’influenza di fattori ambientali ed ereditari. In generale un disturbo di personalità è caratterizzato dall’interazione tra fattori interni e comportamenti stabili nel tempo che causano disagio clinicamente significativo nelle seguenti aree di funzionamento:

- Controllo degli impulsi in riferimento alla capacità di autoregolare il comportamento;
- Risposte emotive intese come la capacità di modulare le proprie emozioni;
- Pensieri in riferimento al modo di percepire e rappresentare sé stesso, gli altri, e gli eventi che accadono;

Il termine “borderline” è stato introdotto per la prima volta negli Stati Uniti nel 1938. Era un termine usato dai primi psichiatri per descrivere persone che, pensavano, avessero la tendenza a regredire in “schizofrenia borderline” in determinate situazioni. A quel tempo, si supponeva che le persone con nevrosi fossero curabili, mentre le persone con psicosi era considerate incurabili. Questo termine fu utilizzato per la prima volta dallo psicoanalista Adolf Stern (1938) e in seguito ripreso da Robert Knight (1953) per descrivere tutti quei pazienti che trasgredivano al sistema di classificazione allora in uso basato essenzialmente sulla distinzione tra nevrosi e psicosi (Gunderson, 2003).

Poi negli anni '70, iniziò ad emergere una comprensione più profonda del disturbo borderline di personalità. Psicoanalisti come Otto Kernberg hanno definito borderline un livello intermedio di organizzazione della personalità tra psicosi e nevrosi. Le persone con DBP (disturbo borderline di personalità) sono state descritte come aventi difese psicologiche “primitive” come la scissione e l’identificazione proiettiva.

Nel 1980, il DBP è diventato un disturbo di personalità ufficiale nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali III o DSM-III. Quando si parla di disturbo di personalità borderline si vuole indicare una patologia mentale grave e complessa (Gunderson & Hoffman, 2010). E’ una malattia caratterizzata da un modello continuo di stato d’animo, immagine di sé e comportamento variabili. Questi sintomi spesso si traducono in azioni impulsive e problemi nelle relazioni. Le persone con questo disturbo, possono

sperimentare intensi episodi di rabbia, depressione e ansia che possono durare da poche ore a diversi giorni.

## 2.1. Diagnosi

La diagnosi si basa su sintomi che sono stati presenti fin dall'adolescenza o dalla prima età adulta e compaiono in molteplici contesti. Non ci sono test di laboratorio o imaging che possono confermare la diagnosi. Un certo numero di interviste strutturate e semistrutturate possono aiutare a fare la diagnosi, sebbene spesso richiedano una formazione specializzata. Questo disturbo è stato introdotto nel 1980 con l'uscita del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-III). A maggio del 2013 è uscita l'ultima versione del manuale (DSM-5) che ne ha aggiornato i criteri diagnostici. I disturbi di personalità sono descritti nel DSM-5 in due sezioni differenti. Nella sezione II del manuale sono elencati i disturbi già presenti nella precedente edizione del manuale, con aggiornamenti e integrazioni. Nella sezione III invece sono descritti i disturbi di personalità secondo una modalità dimensionale e non più categoriale. Inoltre i disturbi di personalità sono raggruppati in cluster A, B, e C. Il cluster B include il disturbo borderline di personalità. Non è inoltre infrequente osservare la presenza di più di un disturbo di personalità nello stesso soggetto. Secondo il DSM-5, per poter diagnosticare tale disturbo, il soggetto deve presentare certe caratteristiche, tra cui l'instabilità delle relazioni interpersonali, dell'umore e dell'immagine di sé e una marcata impulsività.

<b>DSM-5 : Criteri diagnostici disturbo borderline di personalità</b>
• Tentativi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono da parte di qualcuno.
• Un pattern di relazioni interpersonali instabile e intenso, caratterizzato dall'alternanza di estremi di idealizzazione e svalutazione.
• Disturbi dell'identità: mancata o persistente instabilità dell'immagine di sé o senso di sé.
• Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidarie e gesti autolesivi (come farsi dei tagli sulle braccia).
• Instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore (ad esempio, intensi episodi di disforia, irritabilità e ansia che durano poche ore, solo raramente qualche giorno).
• Impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose per il paziente (abuso di sostanze, sesso, condotte alimentari etc.)
• Cronica sensazione di vuoto.
• Rabbia inappropriata, intensa o problematiche nel controllare la rabbia.

## **2.2. Diagnosi differenziale e comorbidità**

A causa della eterogeneità delle manifestazioni cliniche di questa psicopatologia, i pazienti con disturbo borderline di personalità spesso soddisfano i criteri per altre tipologie di disturbi di personalità rendendo difficoltoso effettuare una diagnosi. Inoltre si tratta di un disturbo che si trova in comorbidità con altri disturbi psichiatrici presenti nel DSM-5 come ansia, disturbi dell'umore, disturbi alimentari. Tramite uno studio accurato è stato visto che gran parte dei pazienti con questa psicopatologia hanno un disturbo mentale concomitante (Skodol, 2019).

## **2.3. Epidemiologia**

La prevalenza del disturbo borderline di personalità è di circa l'1,3% negli USA e del 0,8% nei paesi europei. Il carico della patologia è aggravato dalle numerose comorbidità (depressione, abuso di sostanze) e dal frequente ricorso alle strutture di emergenza.

Nei servizi di Medicina Generale la domanda di trattamento del DBP varia tra il 4% e il 6% delle prestazioni erogate.

Nei servizi di salute mentale, la prevalenza del DBP è del 10% della popolazione assistita.

Nei servizi prevalgono le donne con DBP, ma nella popolazione generale il disturbo si distribuisce in modo uniforme tra i generi. Il 75% dei pazienti ai quali è stato diagnosticato il disturbo borderline di personalità sono di sesso femminile, ciò potrebbe essere influenzato dal fatto che gli uomini chiedono meno aiuto rispetto alle donne (Paris, 2011).

## **2.4. Eziopatogenesi**

Gli studi che si sono concentrati sul ruolo della componente genetica nello sviluppo di un disturbo borderline di personalità ne hanno sostenuto una parziale ereditarietà, del 50% circa. Recentemente (Distel 2012) è stata ipotizzata invece la trasmissibilità solo di alcune componenti, come l'impulsività, ma non del disturbo borderline nel suo complesso. Altri autori si sono invece soffermati sull'impatto decisivo della variabile socio-ambientale nello sviluppo del disturbo.

Da questa concezione si snodano una serie di orientamenti teorici che individuano l'"origine" del disturbo borderline nella presenza di un'esperienza traumatica precoce (Kernberg, 1994), nell'interazione di una vulnerabilità biologica e un ambiente invalidante (Linehan, 1993), in una relazione di attaccamento fallimentare (Fonagy, 2000). I modelli teorici individuano rispettivamente il core del disturbo borderline di

personalità in una mancanza di integrazione di componenti scisse dell'io, in una disregolazione emotiva o in una scarsa capacità di mentalizzazione.

## **2.5. Decorso e prognosi**

Vi è una variabilità considerevole nel decorso del disturbo borderline di personalità. L'andamento più frequente è rappresentato da instabilità cronica nella prima età adulta, con episodi di grave discontrollo affettivo e impulsivo ed elevati livelli di uso di strutture sanitarie o per la salute mentale. Con il trascorrere del tempo, i sintomi e/o la severità del disturbo solitamente diminuiscono. Circa il 40-50% dei pazienti presentano una riduzione dei sintomi entro due anni e questa percentuale sale all'85% entro 10 anni. Studi sul decorso del DBP hanno indicato che i primi cinque anni di trattamento sono solitamente i più tormentati da crisi. Questa fase è caratterizzata da una serie di relazioni intense e instabili che terminano con conseguenti comportamenti autodistruttivi o suicidari. Sebbene queste crisi possono durare per anni, una diminuzione della frequenza e gravità dei comportamenti autodistruttivi, e una riduzione del numero e dei giorni di ospedalizzazione sono i primi indicatori di miglioramento. I miglioramenti nel funzionamento sociale procedono più lentamente e in modo meno completo rispetto alla remissione dei sintomi. La compromissione derivata dal disturbo e il rischio di suicidio sono maggiori negli anni giovanili, e svaniscono gradualmente con l'avanzare dell'età. Durante il terzo e quarto decennio, la maggior parte degli individui con questo disturbo presenta una maggiore stabilità nelle loro relazioni e nel funzionamento professionale. Gli studi di follow-up su tali pazienti dimostrano che, dopo circa anni, la metà di questi non mostra più uno schema di comportamento in grado di soddisfare tutti i criteri diagnostici (APA, American Psychiatric Association, 2013).

## **2.6. Quadro clinico**

Le persone con disturbo borderline di personalità possono sperimentare sbalzi d'umore e mostrare incertezza su come vedono se stesse e il loro ruolo nel mondo. Di conseguenza, i loro interessi e valori possono cambiare rapidamente. Questi pazienti tendono a vedere le cose in modo estremo, come tutto buono o tutto cattivo. Anche le loro opinioni sulle altre persone possono cambiare rapidamente. Un individuo che un giorno viene visto come un amico può essere considerato un nemico o un traditore il giorno dopo. Questi sentimenti mutevoli possono portare a relazioni intense e instabili.

L'instabilità dell'umore è una caratteristica distintiva di tale disturbo. I pazienti possono descrivere di sentirsi "su" un minuto e "giù" il prossimo, e hanno difficoltà a capire perché

questo accade. Pensieri e sentimenti possono essere difficili da gestire e alcune persone si autolesionano per gestire il disagio. Questo può assumere la forma di taglio, legatura o assunzione di una dose eccessiva di un determinato medicinale. Le persone hanno spesso difficoltà a mantenere le relazioni sociali. Spesso si trovano in conflitto con gli altri, il che può portare all'isolamento sociale e alle difficoltà sul lavoro. I momenti caratterizzati dall'espressione di una rabbia intensa sono spesso indotti dal proprio caregiver o amante poco attento nei suoi confronti. Successivamente, il più delle volte, scatta nei pazienti un senso di colpa e vergogna, accompagnato dalla sensazione di essere una cattiva persona (APA,2013). Possono avere anche modelli di attaccamento problematici, che li portano ad avere relazioni intense e di breve durata. I pazienti possono anche avere uno scarso senso di chi sono e possono sentirsi vuoti e negativi su se stessi. I sintomi della psicosi possono manifestarsi, ma di solito sono brevi e legati a momenti di estrema instabilità emotiva. Il disturbo borderline di personalità è sempre associato ad altri problemi di salute mentale come ansia, depressione, disturbi alimentari, disturbo da stress post-traumatico e abuso di sostanze. La sovrapposizione dei sintomi con altri disturbi psichiatrici può rendere difficile la diagnosi: ad esempio, può non essere chiaro se un sintomo come la depressione sia una comorbilità o sia correlato al disturbo stesso.

### **3. La relazione terapeutica nell'assistenza infermieristica**

La relazione terapeutica è legata a un processo interpersonale che si verifica tra l'utente e l'infermiere. E' una proposta utile, un rapporto centrato sull'obiettivo che è diretto al migliore interesse e risultato per il cliente (RNAO, 2002).

E' un rapporto caratterizzato dall'impegno da parte dell'infermiere di aiutare il paziente, ma soprattutto centrato sui problemi di salute del paziente, implica uno scambio interpersonale reciproco. Viene attuato principalmente attraverso la comunicazione. L'infermiere sviluppa il suo sapere ed il suo essere professionista nella relazione con la persona che assiste, il suo obiettivo primario è il prendersi cura attraverso la strutturazione di una relazione empatica e fiduciaria. Il Nursing è una combinazione unica di arte (prendersi cura) e scienza (conoscenza e processo scientifico) che si applica nel contesto delle relazioni interpersonali allo scopo di favorire il benessere, prevenire la malattia e ripristinare lo stato di salute nei singoli individui, nelle famiglie e nelle comunità (Rogers, 1970).

Hildegard Peplau (1952) si focalizza sull'individuo, sull'infermiere e sul processo di iterazione; il risultato è la relazione paziente-infermiere.

La relazione terapeutica è influenzata dall'utente e dall'infermiere attraverso fenomeni interpersonali, che comprendono i preconcetti che uno ha dell'altro, le altre relazioni interpersonali, l'ansia, il pensiero, i modelli di apprendimento, le competenze e le conoscenze di sé (Forchuck, 1995).

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 (Stoddart, 2012).

La comunicazione efficace tra l'infermiere e l'utente può essere insegnata e sostenuta nel tempo, e ne rafforza la collaborazione.

#### **3.1. Le fasi della relazione terapeutica**

L'instaurazione del rapporto infermiere – paziente è un impegno consapevole da parte dell'infermiere a prendersi cura di un paziente. Simboleggia anche un accordo tra l'infermiere e il paziente per lavorare insieme per il bene di quest'ultimo. Gli infermieri stabiliscono delle relazioni con i pazienti, integrando i concetti di rispetto, empatia, fiducia, genuinità e confidenza nelle loro interazioni.

Uno dei primi teorici infermieristici ad esplorare la relazione infermiere- paziente e la comunicazione infermieristica fu Hildegard Peplau. Nel suo testo "*Interpersonal*

*relations in nursing*” del 1952 Peplau ha sviluppato una teoria fondamentale, la teoria delle relazioni interpersonali, che enfatizza la reciprocità nella relazione interpersonale tra l’infermiere e il paziente. Ha individuato quattro fasi in tale relazione: orientamento, identificazione, trarre profitto, risoluzione. In questa teoria le fasi sono terapeutiche e si concentrano sulla relazione interpersonale.

- Nella prima fase l’infermiere e l’assistito sono inizialmente estranei. Il paziente e i suoi familiari avvertono un bisogno e cercano aiuto professionale. L’infermiere contribuisce all’identificazione del problema ed alle eventuali soluzioni. Durante questa fase influiscono gli atteggiamenti dell’infermiere e del paziente sul prestare e ricevere aiuto. Fondamentali le variabili legate a: cultura, professionalità, esperienze passate, pregiudizi.
- Nella seconda fase il paziente si identifica con coloro che possono aiutarlo a soddisfare i suoi bisogni. L’infermiere aiuta l’assistito a vedere nella malattia un’esperienza che rafforza la sua personalità.
- La terza fase è quella dell’utilizzazione. Il paziente fa molte domande anche per attirare l’attenzione e la principale difficoltà è trovare l’equilibrio tra essere ancora dipendente come durante la malattia e la necessità di muoversi verso l’indipendenza. L’infermiere deve aiutare il paziente a riconoscere le proprie debolezze, usare le proprie potenzialità ed accettare l’aiuto degli altri.
- Nella quarta e ultima fase, il paziente rimuove gradualmente l’identificazione fatta sull’infermiere e sulla relazione terapeutica. Si devono sciogliere i legami tra i due protagonisti. Porta il paziente a essere più consapevole delle proprie capacità. Peplau la definisce la fase di liberazione.

Se tutte le fasi sono state vissute in maniera corretta alla fine del processo l’infermiere ed il paziente sono divenute persone più mature e il primo potrà porsi nuovi e più avanzati obiettivi.

La relazione terapeutica è un’interazione tra due persone (di solito un caregiver e un ricevente) in cui l’input di entrambi i partecipanti contribuisce a un clima di guarigione, promozione della crescita e/o prevenzione della malattia (Townsend, 2014). In generale l’obiettivo di una relazione terapeutica, può essere basato su un modello di problem solving. Gli infermieri che lavorano nel settore psichiatrico/salute mentale, usano abilità speciali o “tecniche interpersonali” sul campo, assistono i clienti adattandosi alle difficoltà o ai cambiamenti nelle esperienze di vita. Lo strumento per la realizzazione del

processo di assistenza infermieristica interpersonale, è l'uso terapeutico di sé, in cui si richiede all'infermiere un forte senso di autocoscienza e autocomprensione.

La professione infermieristica ha bisogno di infermieri che abbiano la capacità di prendere decisioni sui confini in base ai migliori interessi dei clienti a loro cura. Questo richiede agli infermieri di riflettere sulle loro conoscenze ed esperienze, su come pensano e come si sentono (Townsend,2014).

#### **4. Alleanza terapeutica**

L'alleanza terapeutica non è solo un fattore che predice il buon esito di qualsiasi esperienza di psicoterapia. Sulla base di alcune linee guida per la psicoterapia dei disturbi dell'adulto che conseguono a esperienze traumatiche durante lo sviluppo della personalità, l'alleanza terapeutica può costituire una priorità assoluta per evitare lo stallo del trattamento o l'abbandono prematuro del paziente (Liotti & Monticelli, 2014).

La definizione proposta da Bordin (1979) afferma che l'alleanza terapeutica è la combinazione di: un accordo tra paziente e terapeuta sugli obiettivi, accordo tra paziente e terapeuta sulle modalità di raggiungimento degli obiettivi e lo sviluppo di un legame interpersonale. L'alleanza è vista da Bordin come un fattore comune a tutte le psicoterapie, a prescindere dal loro orientamento teorico e dal loro modello operativo. Secondo l'autore l'alleanza si fonda su tre componenti:

- Condivisione esplicita di obiettivi tra paziente e terapeuta
- Definizione di ruoli e compiti nel processo terapeutico
- Legame affettivo basato su fiducia e rispetto tra i due

Zetzel (1956) definisce l'alleanza terapeutica come una componente relazionale non nevrotica e non-transferale che si instaura tra paziente e terapeuta. Consente al paziente di seguire il terapeuta e di utilizzare le sue interpretazioni.

Allo stesso modo, Greenson (1965) definisce l'alleanza come una collaborazione basata sulla realtà tra paziente e terapeuta. Altri autori (Horwitz, 1974; Bowlby, 1988), ampliando il concetto di Bibring (1937), consideravano l'attaccamento tra terapeuta e paziente qualitativamente diverso da quello basato sulle esperienze infantili. Questi autori hanno fatto una distinzione tra transfert e alleanza terapeutica (o di lavoro), e questa distinzione si è poi estesa oltre il quadro analitico (Horvath & Luborsky, 1993).

La definizione di alleanza terapeutica proposta da Bordin (1979) è applicabile a qualsiasi approccio terapeutico e per questo è definita da Horvath e Luborsky (1993) il "concetto panteorico". La formulazione di Bordin sottolinea la relazione collaborativa tra paziente e terapeuta nella comune lotta per superare la sofferenza e il comportamento autodistruttivo del paziente. In breve, l'alleanza terapeutica ottimale si ottiene quando paziente e terapeuta condividono le convinzioni riguardo agli obiettivi del trattamento e considerano i metodi utilizzati per raggiungerli come efficaci e pertinenti. Entrambi gli attori accettano di intraprendere e portare a termine i loro compiti specifici. Le altre due componenti dell'alleanza possono svilupparsi solo se esiste una relazione personale di fiducia e considerazione, poiché qualsiasi accordo su obiettivi e compiti richiede che il

paziente creda nella capacità del terapeuta di aiutarlo e il terapeuta a sua volta deve essere fiducioso nelle risorse del paziente. Bordin suggerisce anche che l'alleanza influenzerà l'esito, non perché sia una guarigione di per sé, ma come un ingrediente che consente al paziente di accettare, seguire e credere nel trattamento. Solo pochi studi hanno esaminato la relazione tra alleanza ed esito nella psicoterapia di gruppo. Una concettualizzazione dell'alleanza terapeutica nella psicoterapia di gruppo segue la teoria di Bordin, trasferendo questo costrutto multifattoriale da un individuo a un setting di gruppo. La prima differenza è che nella psicoterapia di gruppo abbiamo più agenti terapeutici: il terapeuta (di solito due co-terapeuti), i membri del gruppo e il gruppo nel suo insieme. Quindi, dobbiamo considerare più di un livello relazionale all'interno del gruppo: alleanza membro-terapeuta (la stessa della terapia individuale), alleanza membro-membro, alleanza gruppo-terapeuta e membro-altri membri come un'intera alleanza. In questa complessità di adattare il concetto di alleanza a un contesto di gruppo, alcuni autori hanno trovato una soluzione: il modello sistemico di alleanza secondo Pinsof (Pinsof & Catherall, 1986; Pinsof, 1988). Questi autori hanno adattato il modello di Bordin a più sottosistemi interpersonali. Questi sottosistemi implicano:

- a) un'alleanza tra sé e terapeuta,
- b) un'alleanza tra gruppo e terapeuta,
- c) un'alleanza tra sé e membri
- d) un'alleanza tra altro e terapeuta. Sotto questo punto di vista, un'alleanza può essere concettualizzata come la totalità delle alleanze formate.

Sulla base di quanto sopra esposto, è possibile evincere che l'alleanza e, conseguentemente, la psicoterapia, si delineano come un lavoro collaborativo tra due soggetti interagenti ed entrambi attivi, ciascuno nel proprio ruolo. In particolare, il legame affettivo tra paziente e terapeuta, elemento costitutivo dell'alleanza nonché fattore aspecifico di grande efficacia clinica, emerge dall'interazione tra due variabili principali: da una parte i comportamenti, le emozioni e i pensieri del terapeuta, dall'altra le proiezioni transferali che nascono dalle esperienze passate del paziente. Essa rappresenta infatti il fattore terapeutico aspecifico con maggiore capacità di predire il buon esito del trattamento, configurandosi così come un nucleo concettuale e clinico di estrema rilevanza.

## **5. Comportamenti caratteristici del paziente con disturbo borderline di personalità che incidono sulla relazione terapeutica.**

La relazione è influenzata dall'utente e dall'infermiere attraverso fenomeni interpersonali. Gli individui con disturbo borderline di personalità presentano una marcata instabilità emotiva, possono vivere momenti di tranquillità e rapidamente sentire una forte tristezza, rabbia o senso di colpa. A volte vivono un forte caos emotivo dato dal vivere emozioni contrastanti nello stesso momento. Le persone con tale disturbo tendono spesso a idealizzare le altre persone e rapidamente svalutarle, sentendo che l'altro non si occupa abbastanza di loro o non abbastanza "presente"; le relazioni che intraprendono sono turbolente, intense e caotiche, non ci sono vie di mezzo.

Un comportamento caratteristico di questo disturbo è l'autolesionismo, ovvero l'insieme di tutti quei comportamenti, finalizzati a procurare un danno alla propria persona. Molti ricercatori hanno notato una certa relazione tra autolesionismo e disturbo borderline di personalità.

L'atto autolesionistico, permette di far "uscire il dolore", passare da uno stato di sofferenza emotiva a uno stato di sofferenza fisica. Non a caso, Gunderson e Ridolfi (2001) hanno descritto tale miscellanea di autolesionismo e tentativi suicidari come la "behavioral specialty" del paziente borderline (Gunderson et al., 2010) ha affermato che il rischio di suicidio life time per i pazienti con BPD è tra il 3% ed il 10%. Stanley e Brodsky (2010) hanno osservato che l'autolesionismo generalmente riveste una serie di funzioni per questi pazienti e le più frequenti sarebbero: regolazione delle emozioni, auto-punizione, distrazione dal dolore emotivo.

Un'altra caratteristica tipica del disturbo è l'ansia, poiché vi può essere una reazione psicotica, e presenza di fenomeni depressivi, oppure l'utilizzo di minacce e abusi verbali, in cui l'assistenza viene considerata continuamente a rischio. Una persona con disturbo di personalità può essere inoltre:

- Paranoico: Diffida degli altri; ha custodito, limitato l'affetto.
- Schizoide: Distaccato dalle relazioni sociali; ha un effetto limitato; coinvolto nelle cose più che nelle persone.
- Schizotipico: disagio acuto nelle relazioni; distorsioni cognitive o percettive; comportamento eccentrico.
- Antisociale: Disprezzo per i diritti degli altri, le regole e le leggi.
- Limite: Relazioni instabili, immagine di sé e affetti; impulsività; automutilazione.
- Istrionico: Eccessiva emotività e ricerca di attenzione.
- Narcisistico: Grandioso; mancanza di empatia; bisogno di ammirazione.

- Evitante: Inibizioni sociali; sentimenti di inadeguatezza; ipersensibile alla valutazione negativa.
- Dipendente: Comportamento sottomesso e appiccicoso; bisogno eccessivo di cure.
- Ossessivo compulsivo: Preoccupazione per l'ordine, il perfezionismo e il controllo.
- Depressivo: Pattern di cognizioni e comportamenti depressivi in una varietà di contesti.
- Passivo aggressivo: Modello di atteggiamenti negativi e resistenza passiva alle richieste di prestazioni adeguate in situazioni sociali e lavorative.

Il paziente BDP spesso sfida la pazienza degli infermieri, da qui il rischio di rigetto e scarsi risultati del trattamento. In genere il paziente cerca un trattamento durante una crisi percepita che sia parallela a una rottura di una relazione di valore reale o immaginaria. I pazienti con disturbo borderline hanno difficoltà a stare da soli e le rotture delle relazioni peggiorano la loro ansia e angoscia. Gli sbalzi d'umore sono comuni, provocando un elevato stato di agitazione o irritabilità 1 minuto e un umore disforico o depresso più tardi. I loro comportamenti di attaccamento o soffocamento tendono a generare varie emozioni negli infermieri. Durante questi periodi, l'infermiere deve trasmettere empatia, mantenere confini chiari e spiegare tutte le procedure e lavorare con altri fornitori per mantenere un'impostazione dei limiti coerente e ferma. Gli stati emotivi intensi e i comportamenti di attaccamento sfidano gli infermieri a controllare le proprie reazioni negative e a creare interazioni terapeutiche.

Stabilire una relazione terapeutica implica trasmettere empatia e preoccupazione, pur mantenendo confini chiari. L'infermiera è sfidata a riconoscere i confini personali tra sé e i pazienti. Gli infermieri devono definire chiaramente il loro ruolo di operatori sanitari e non di "amico". In caso contrario, aumenta il rischio di confini sfocati e confusione nelle aspettative del paziente dall'infermiere e dalla relazione. I pazienti con BPD sono esperti nel determinare e "spingere" i "pulsanti" dell'infermiera. Spingere i pulsanti spesso comporta attacchi personali sull'aspetto dell'infermiera e sulla preparazione educativa e discussioni negative da parte del personale. È necessario che l'infermiere riconosca questi comportamenti come caratteristiche interpersonali disadattive del BPD e si astenga dal rispondere in modo difensivo o con rabbia. Gli infermieri devono concentrarsi sui problemi in questione facendo affermazioni come "Mary, che cosa hanno a che fare la dimensione dei miei fianchi o la mia preparazione educativa con la discussione sul tuo comportamento?" L'incapacità di comprendere i propri "buttons" aumenta il rischio di rinforzare risposte negative e di rifiuto al paziente, che, ironia della sorte, ha bisogno di empatia e comprensione.

La valutazione del suicidio include domande sui pensieri presenti, sul piano, sui mezzi, sull'intento e sull'imminenza di agire sui pensieri; passati tentativi di suicidio; e altri comportamenti autolesionistici (ad esempio tagliarsi il polso). Le funzioni dei comportamenti autolesionistici variano, ma la maggior parte delle ricerche indica un'assenza di dolore durante l'episodio e che sembra agire come una difesa dissociativa (cioè depersonalizzazione e distorsioni percettive) o un rilascio di oppioidi endogeni (sostanza naturale) quando vi è un grave stato emotivo.

## **6. L'assistenza al paziente con disturbo borderline di personalità**

La gestione infermieristica di un paziente con disturbo di personalità include innanzitutto una prima valutazione infermieristica. La valutazione del paziente prevede:

- **Storia.** Molti di questi pazienti riferiscono relazioni disturbate con i genitori che spesso iniziano tra i 18 e i 30 mesi di età, il 50% di questi clienti ha subito abusi sessuali nell'infanzia; altri hanno subito abusi fisici, verbali e alcolismo dei genitori.
- **Umore e affetto.** L'umore pervasivo è disforico e comporta infelicità, irrequietezza e malessere; i clienti spesso riferiscono solitudine, noia, frustrazione e senso di "vuoto".
- **Processo di pensiero e contenuto.** Pensare a se stessi e agli altri è spesso polarizzato ed estremo, a volte indicato come scissione; i clienti tendono ad adorare ed idealizzare le altre persone anche dopo una breve conoscenza, ma poi le svalutano rapidamente se in qualche modo queste altre non soddisfano le loro aspettative.
- **Sensorium e processo intellettuale.** Le capacità intellettuali sono intatte e i clienti sono completamente orientati alla realtà.

Prima di stendere un qualsiasi piano di assistenza è importante formulare le diagnosi infermieristiche. Le diagnosi infermieristiche per i clienti con disturbo di personalità includono quanto segue:

- Rischio di suicidio correlato alla bassa tolleranza e alla frustrazione.
- Rischio di automutilazione legato a comportamenti impulsivi.
- Rischio di altre violenze dirette legate alla mancanza di sentimenti di rimorso.
- Coping inefficace relativo al mancato apprendimento o cambiamento del comportamento in base a esperienze passate o punizioni.
- Isolamento sociale legato a relazioni interpersonali inefficaci.

Gli obiettivi del piano di assistenza infermieristica per i disturbi di personalità possono includere:

- Il cliente sarà al sicuro e privo di lesioni significative.
- Il cliente non danneggerà altri né se stesso.
- Il cliente dimostrerà un maggiore controllo del comportamento impulsivo.
- Il cliente adotterà le misure appropriate per soddisfare le proprie esigenze.
- Il cliente dimostrerà capacità di problem solving.
- Il cliente verbalizzerà una maggiore soddisfazione per le relazioni.

## **Interventi infermieristici**

- Promuovere la sicurezza del cliente. L'infermiere deve sempre considerare seriamente l'ideazione suicidaria con la presenza di un piano, l'accesso ai mezzi per attuare il piano, e comportamenti autolesionistici e istituire interventi appropriati.
- Promuovere la relazione terapeutica. Indipendentemente dal setting clinico, l'infermiere deve fornire struttura e setting limite nella relazione terapeutica; in un ambiente clinico, questo può significare vedere il cliente per appuntamenti programmati di una durata predeterminata piuttosto che ogni volta che il cliente appare e richiede l'attenzione immediata dell'infermiera.
- Stabilire confini nelle relazioni. L'infermiere deve essere abbastanza chiaro nello stabilire i confini della relazione terapeutica per garantire che né i confini del cliente né quelli dell'infermiere vengano violati.
- Insegnare abilità comunicative efficaci. È importante insegnare le abilità comunicative di base come il contatto visivo, l'ascolto attivo, il parlare a turno, la convalida del significato della comunicazione di un altro e l'utilizzo di affermazioni "io".
- Aiutare i clienti ad affrontare e controllare le emozioni. L'infermiere può aiutare i clienti a identificare i loro sentimenti e imparare a tollerarli senza risposte esagerate come distruzione di proprietà o autolesionismo; tenere un diario spesso aiuta i clienti a prendere coscienza dei propri sentimenti.
- Rimodellare i modelli di pensiero. La ristrutturazione cognitiva è una tecnica utile per cambiare i modelli di pensiero aiutando i clienti a riconoscere pensieri e sentimenti negativi e a sostituirli con modelli di pensiero positivi; l'arresto del pensiero è una tecnica per alterare il processo di modelli di pensiero negativi o autocritici.
- Strutturazione delle attività quotidiane del cliente. Ridurre al minimo il tempo non strutturato pianificando le attività può aiutare i clienti a gestire il tempo da soli; i clienti possono fare un programma scritto che include appuntamenti, shopping, lettura del giornale e passeggiate.

## **7. La scelta della metodologia**

La metodologia scelta ed utilizzata per questo lavoro consiste in una revisione sistematica della letteratura scientifica, condotta principalmente mediante l'effettuazione di ricerche in banche dati biomediche quali PubMed, CINAHL; sono stati usati anche motori di ricerca come Google, e libri di testo. Dopo aver individuato il problema e definito il quesito, è importante selezionare gli articoli che si vogliono prendere in considerazione. Per la ricerca sono stati utilizzati gli operatori booleani "AND" e "OR", grazie all'utilizzo di combinazioni incrociate quali: nurse, borderline personality disorder, psychiatric nurse, relational interventions, nursing.

Dopo l'introduzione dei seguenti criteri di inclusione sulle banche dati:

- Presenza di full-text
- Articoli pubblicati dal 2003
- Lingua italiana e inglese

Gli articoli selezionati portano alla luce diverse esperienze di cura. La letteratura definisce la presenza di atteggiamenti negativi da parte del personale infermieristico quale causa di un'assistenza inefficace verso i pazienti con disturbo borderline di personalità.

Lo scopo della ricerca era quello di indagare sugli interventi relazionali considerati maggiormente efficaci nell'assistenza infermieristica, in grado di promuovere un'adeguata relazione terapeutica.

## **8. Articoli**

### **8.1. Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder**

L'obiettivo è quello di valutare ed esplorare le risposte degli infermieri di salute mentale e l'esperienza di un intervento educativo per migliorare gli atteggiamenti nei confronti delle persone con una diagnosi di disturbo borderline di personalità (BPD). Le persone a cui è stato diagnosticato un disturbo borderline di personalità (BPD) sperimentano un'instabilità pervasiva e persistente della regolazione affettiva, dell'immagine di sé, del controllo degli impulsi, del comportamento e delle relazioni interpersonali (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan e Bohus, 2004). Fino al 6% degli adulti soddisfa i criteri diagnostici durante la propria vita e la condizione è associata a una sostanziale morbilità

psichiatrica e fisica (Grant et al., 2008). La gestione delle persone con diagnosi di BPD richiede molte risorse; vi è un alto tasso di autolesionismo associato all'uso sproporzionato dei servizi di emergenza (Elisei, Verdolini e Anastasi, 2012) e di ricovero (Comtois e Carmel, 2014; Hayashi et al., 2010). Come gruppo, le persone con una diagnosi di BPD sono impopolari tra i professionisti della salute mentale (Cleary, Siegfried e Walter, 2002) che rispondono a loro in modi che potrebbero essere disconfermanti (Fraser e Gallop, 1993), stigmatizzanti (Aviram, Brodsky e Stanley, 2006) o comunque qualitativamente differenti da come rispondono agli altri, di solito in modo negativo (Markham & Trower, 2003). Una recente revisione integrativa e sistematica della letteratura pertinente (Dickens, Lamont e Gray, 2016) indica che, di tutti i professionisti coinvolti nella loro cura, gli infermieri hanno gli atteggiamenti più poveri rispetto ad altre discipline e a quelli con diagnosi non BPD. Anche studi recenti suggeriscono che questo è un problema in corso (Bodner et al., 2015; Kale & Dantu, 2015; Knaak, et al., 2015). Tale pratica porta gli infermieri di salute mentale in conflitto con i loro requisiti professionali di agire come modello di integrità e leadership per gli altri (ad esempio, Nursing & Midwifery Council, 2015). È importante, quindi, che gli infermieri ricevano un supporto e un'educazione continuativi efficaci in relazione alle caratteristiche, ai bisogni e al trattamento di questo gruppo. Questo era uno studio con metodi misti. Gli esiti attitudinali e relativi alla conoscenza sono stati determinati in tre momenti (pre e post intervento e follow-up di 4 mesi) all'interno di un progetto di intervento prospettico di coorte non controllato. I focus group sono stati condotti con i partecipanti 4 mesi dopo l'intervento e i dati qualitativi risultanti sono stati oggetto di analisi tematica.

L'intervento è stato condotto in un unico posto NHS (National Health Services) in Scozia. I partecipanti ammissibili erano tutto il personale infermieristico clinico che lavorava in un reparto di ricovero per acuti per adulti e in un team di day hospital della comunità.

Gli atteggiamenti nei confronti delle persone con una diagnosi di BPD sono più scarsi rispetto alle persone con altre diagnosi. Ci sono delle prove limitate su cosa potrebbe migliorare questa situazione. Un intervento con un buon effetto riferito utilizza un modello biosociale sottostante di BPD. È stato sviluppato e consegnato un intervento di 1 giorno che comprende questi elementi.

La valutazione quantitativa ha rivelato alcuni cambiamenti sostenuti coerenti con i guadagni attitudinali attesi in relazione alle caratteristiche di trattamento percepite di questo gruppo, alla percezione delle loro tendenze suicide e agli atteggiamenti negativi in

generale. I risultati qualitativi hanno rivelato una certa ostilità verso il modello biosociale alla base e un apprezzamento positivo per il coinvolgimento di un esperto per esperienza.

E' stato sviluppato un programma denominato "Positive About Borderline" per il personale infermieristico di salute mentale. È un programma di formazione di 1 giorno relativo alla BPD che comprende due elementi chiave: (a) "La scienza del disturbo borderline di personalità" (Clark et al., 2015) e (b) "Wot R U Like?" un programma progettato da esperti per esperienza che coinvolge esperienze condivise e consigli pratici su come lavorare con persone con questa diagnosi. Al fine di agevolare la presenza del maggior numero possibile di personale, l'intervento è stato erogato in due distinte occasioni in giorni consecutivi con personale invitato a partecipare all'una o all'altra seduta; entrambe le sessioni hanno coinvolto gruppi misti che comprendevano individui che lavoravano in ambienti ospedalieri e comunitari. Ai partecipanti è stato fornito in anticipo un foglio informativo. All'inizio di ciascuna delle due iterazioni dell'intervento, il team di ricerca ha nuovamente descritto lo studio e ha risposto a qualsiasi domanda. La partecipazione era facoltativa ea coloro che erano disposti a partecipare sono stati assegnati codici per consentire la corrispondenza delle risposte di base con le successive amministrazioni delle misure di esito. The Science of BPD è stato consegnato al mattino (Emma Lamont / David Barclay) e Wot R U Like? (JoMullen / Nadine MacArthur) nel pomeriggio. I questionari di studio, tutti cartacei, sono stati completati in tre occasioni: una prima dell'inizio dell'intervento, di nuovo al termine della giornata di formazione e una terza volta 4 mesi dopo l'intervento. Per l'iterazione di follow-up, sono stati inviati dei questionari di studio ai partecipanti al loro indirizzo di lavoro. E' stata fornita agli intervistati una busta non contrassegnata per depositare il questionario compilato e in ogni unità è stata fornita una cassetta di raccolta. Dopo un periodo di due settimane, sono stati raccolti i questionari completati. L'analisi ha seguito i sei passaggi descritti da Braun e Clarke (2006). Si è trattato di un processo dinamico consistente nell'esaminare i dati fino all'analisi e alle considerazioni teoriche, quindi nel riesaminare i dati e il frame di codifica per confrontare e identificare somiglianze e differenze tra i temi emergenti. Questo è stato poi rivisto confrontando le trascrizioni con il frame di codifica, sintetizzando i dati e quindi identificando temi di alto livello e raggiungendo un consenso (Braun & Clarke, 2006). Infine, è stata fatta circolare una bozza del documento, comprendente un'analisi provvisoria e una sezione di discussione, ed è stata data l'opportunità a tutti gli autori di commentare o suggerire modifiche. E' stato trattato il corpus di dati come una singola entità piuttosto che analizzare i focus group separatamente.

In totale, 28 partecipanti hanno partecipato a una delle giornate di formazione "Positive About Borderline", completando tutti il questionario prima e dopo la sessione. Sedici persone hanno restituito i questionari di follow-up al follow-up di 4 mesi, e undici hanno partecipato a uno dei due focus group al termine dei 4 mesi. I partecipanti al focus group erano 4 persone del personale infermieristico del day hospital comunitario (DH), e 7 del reparto di degenza per acuti. Lo studio evidenzia le difficoltà nel progettare e dimostrare l'efficacia di un intervento per cambiare gli atteggiamenti.

In definitiva, c'erano alcune opinioni molto diverse su ciò che l'infermieristica significa effettivamente per coloro con una diagnosi di BPD e sul ruolo degli infermieri nel tentativo di fornire terapie anche dove si sono dimostrate utili. Ricevere una formazione sugli interventi terapeutici quando il personale infermieristico sente di non avere le risorse o il tempo per applicarli è stato descritto come ridondante e frustrante. In una certa misura, questo sembrava collegarsi ai diversi ruoli assunti dagli infermieri nei due contesti di cura. Mentre sia il day hospital che il reparto per acuti lavoravano con risorse limitate, quelli del day hospital sentivano di avere il tempo di permettere loro di costruire relazioni con i pazienti, prendersi cura di se stessi, funzionare come una squadra e impegnarsi con ulteriori apprendimenti. La mancanza di tempo percepita nel reparto è stata citata dai partecipanti come la creazione di un'atmosfera negativa che ha avuto un impatto sulle interazioni con i pazienti e le loro famiglie quando le aspettative non sono state soddisfatte. Alla luce dell'incapacità degli interventi passati, di modificare in modo significativo gli atteggiamenti, forse la grande domanda da porsi è la seguente: il cambiamento sistemico su vasta scala nella fornitura di servizi, che le persone che lavorano con individui con diagnosi di BPD sembrano ritenere necessario, effettivamente migliorerebbe l'assistenza, o è una richiesta impossibile il cui scopo è in gran parte trasferire la responsabilità di cambiare la pratica sul "sistema"? Alcuni infermieri sono apparsi resistenti al cambiamento fin dall'inizio, mantenendo un atteggiamento avverso nei confronti dei pazienti con diagnosi di BPD che ha portato alla frustrazione quando la formazione non lo ha convalidato. Ciò è stato riconosciuto da altri membri del team che ritenevano che la formazione avrebbe avuto difficoltà ad avere uno slancio pratico a meno che tutti i membri del team non fossero a bordo. L'attuale studio dimostra che un intervento per il personale infermieristico può essere erogato; indica fortemente che il coinvolgimento di un esperto per esperienza nella progettazione e nella consegna del programma è accolto favorevolmente dai partecipanti. Evidenzia che c'è una mancanza di consenso tra gli infermieri stessi riguardo la formazione correlata di cui hanno bisogno. Aggiunge inoltre alle prove esistenti (Clark et al., 2015) che l'approccio The Science of

BPD sembra avere benefici positivi nonostante la sua natura controversa. Potrebbe anche essere necessario separare la valutazione in caso di più di un elemento per determinare quale sia il "principio attivo". Le persone con una diagnosi di BPD sono tra gli utenti più frequenti dei servizi di salute mentale. Loro e le loro famiglie sembrano essere pienamente consapevoli di ricevere un servizio più scadente rispetto ad altri utenti dei servizi di salute mentale. Ciò è stato riconosciuto in un rapporto del NHS National Institute for Mental Health in England [NIMHE] (2003) intitolato "Non è più una diagnosi di esclusione". Questo rapporto ha considerato che il problema riguarda i professionisti della salute mentale che ritengono di non avere né le competenze, né la formazione né le risorse per fornire un servizio adeguato e che non c'è nulla che i servizi di salute mentale possano offrire. Allo stesso modo, lo studio ha rilevato che gli infermieri di salute mentale ritengono che il problema sia strutturale e sistemico e richieda un intervento a livello organizzativo. Tuttavia, questo non può spiegare del tutto gli atteggiamenti relativamente più poveri degli infermieri rispetto ad altri professionisti sanitari. Gli infermieri devono assumersi la responsabilità di modellare atteggiamenti terapeutici appropriati e di controllare alcuni degli atteggiamenti negativi dei loro colleghi laddove si verificano.

## **8.2. The attitudes of mental health nurses that support a positive therapeutic relationship: the perspective of people diagnosed with 'Borderline Personality Disorder'.**

L'obiettivo di questo studio è quello di indagare sugli interventi infermieristici che, secondo i pazienti con una diagnosi di BPD, hanno favorito il loro recupero. Alcuni infermieri sviluppano relazioni positive con persone a cui è stato diagnosticato un disturbo borderline di personalità (BPD), mentre altri hanno reazioni emotive negative nei confronti delle persone a cui è stato diagnosticato questo disturbo. La relazione terapeutica è fondamentale nella pratica dell'assistenza infermieristica alla salute mentale. Una migliore conoscenza del BPD consente agli infermieri di salute mentale di sviluppare una migliore autoconsapevolezza, conoscenza e comprensione degli individui e comprensione delle sfide terapeutiche, che possono migliorare gli atteggiamenti nei confronti delle persone con questa diagnosi.

Lo studio mette in evidenza gli atteggiamenti degli infermieri di salute mentale che i partecipanti hanno percepito come aventi un effetto positivo sulla relazione terapeutica.

Il riconoscimento tra le persone con diagnosi di BPD degli atteggiamenti costruttivi degli infermieri di salute mentale può migliorare la motivazione degli infermieri a migliorare l'assistenza a questi pazienti.

Questo studio consentirà agli infermieri di salute mentale di aumentare la loro consapevolezza dell'importanza dell'atteggiamento nella relazione terapeutica con le persone con diagnosi di BPD.

Le persone con diagnosi di BPD soffrono di una serie di stigmi nella società in generale e negli ambienti sanitari, compreso lo stigma associato alla diagnosi e l'auto-stigmatizzazione (Jones, 2012; Lawn & McMahon, 2015; Rogers & Acton, 2012; Stroud & Parsons, 2013). Il BPD colpisce il 2% della popolazione generale. Questo disturbo di personalità è caratterizzato da instabilità nell'identità e nelle relazioni personali, elevata impulsività, frequenti ideazioni suicidarie, elevata ansia con sofferenza emotiva e difficoltà di risoluzione dei problemi (Pack et al., 2013). Questa sofferenza emotiva può produrre una crisi con intense svolte emotive, comprese spirali di ansia e rabbia che possono portare all'autolesionismo. Queste crisi possono avere conseguenze letali (Borschmann et al., 2012). Secondo Bodner et al., (2011), gli elementi che portano a reazioni negative nei professionisti che lavorano con persone con diagnosi di BPD sono

- a) il rischio di suicidio e autolesionismo, perché producono preoccupazione e disagio tra i professionisti;
- b) comportamenti che possono essere difficili da gestire per i professionisti e che quindi lasciano loro la sensazione di non avere modo di aiutarli;
- c) l'alto tasso con cui le persone con diagnosi di BPD si ritirano dal trattamento, il che è frustrante per i professionisti. In particolare, il profilo clinico della persona con diagnosi di BPD presenta spesso un grave deterioramento funzionale, tra cui disoccupazione, abuso di sostanze e relazioni interpersonali difficili.

Questi fattori spesso influiscono negativamente sulla capacità delle persone di continuare il trattamento. Mantenere una persona con una diagnosi di BPD in trattamento dipende da una solida relazione terapeutica. Mantenere un atteggiamento professionale motivante può aiutare le persone con diagnosi di BPD (Commons Treloar & Lewis, 2008).

La relazione terapeutica è l'asse centrale della cura per le persone con disturbi mentali (Zugai et al., 2015). Questa relazione è fondamentale per la pratica degli infermieri di salute mentale (Scanlon, 2006), e dipende dallo sviluppo e dal mantenimento di un insieme di abilità attitudinali (Dziopa & Ahern, 2009). È difficile definire la relazione terapeutica e gli atteggiamenti e i comportamenti dell'infermiere che la supportano (Browne et al., 2012). Secondo Dziopa e Ahern (2009), gli atteggiamenti degli infermieri

di salute mentale che supportano la relazione terapeutica con le persone a cui è stato diagnosticato un disturbo mentale mostrano comprensione ed empatia, accettazione dell'individualità, supporto, disponibilità, autenticità, promozione dell'uguaglianza, rispetto, mantenendo confini chiari e avendo consapevolezza di sé. Secondo Reynolds (2009), gli obiettivi della relazione terapeutica sono di dare supporto attraverso la comunicazione interpersonale che renda possibile comprendere i bisogni e le percezioni della persona e responsabilizzarla per l'autogestione. Per gli infermieri di salute mentale, costruire una relazione terapeutica è la chiave per aiutare le persone con diagnosi di BPD a ridurre il loro disagio. Tuttavia, la ricerca mostra che i professionisti della salute mentale hanno spesso atteggiamenti negativi nei confronti delle persone con una diagnosi di BPD (James & Cowman, 2007). Pur sconfiggendo questi atteggiamenti negativi, che minano il trattamento, è essenziale conoscere questa letteratura per identificare le aree di miglioramento. Alcuni infermieri considerano le persone con diagnosi di BPD difficili da trattare e hanno atteggiamenti negativi nei loro confronti, il che a sua volta complica il trattamento (Eren & Şahin, 2016; Giannouli et al., 2009). Mack e McKenzie Nesbitt (2016) osservano che l'atteggiamento negativo degli infermieri nei confronti delle persone con diagnosi di BPD si manifesta in una mancanza di compassione, una mancanza di fiducia nella loro capacità di raggiungere gli obiettivi terapeutici e la convinzione di essere alla ricerca di attenzione e manipolativi. Molti professionisti evitano di prendersi cura delle persone con diagnosi di BPD e la relazione terapeutica spesso fallisce (Commons Treloar & Lewis, 2008). I problemi della ricerca dell'attenzione e della manipolazione sono spesso basati su malintesi, mancanza di intuizione e abilità, sovraccarico di lavoro e stigma radicato relativo alla diagnosi.

La ricerca è stata approvata dal comitato di bioetica dell'università ospitante. I partecipanti hanno ricevuto un documento informativo sullo studio prima di dare il loro consenso informato. Il PI (Principal Investigator) ha condotto interviste faccia a faccia semi-strutturate tra gennaio 2016 e dicembre 2017. Le interviste, della durata compresa tra 30 e 55 minuti, sono state registrate su un tablet. Sono state sviluppate una serie di domande per l'intervista rilevanti agli obiettivi dello studio:

- a) Cosa è importante nel tuo trattamento e perché?
- b) Com'è il tuo rapporto con la tua infermiera?
- c) Cosa consiglieresti a un'infermiera che vuole ricevere una formazione per curare le persone con una diagnosi di BPD?

Durante l'intervista, sono state poste domande di follow-up per incoraggiare i partecipanti a fornire ulteriori dettagli sulla loro prospettiva. La riservatezza dei partecipanti è stata

protetta mediante l'attribuzione di pseudonimi. I file vocali e le trascrizioni sono stati crittografati e archiviati su un computer protetto con una password crittografata.

Il campionamento era intenzionale (Morse, 2011). La popolazione era costituita da persone con diagnosi di BPD che avevano auto-segnalato un miglioramento e che erano in follow-up presso un centro di salute mentale pubblico per adulti. Il loro trattamento consisteva in incontri individuali settimanali o quindicinali con un'infermiera di salute mentale e la partecipazione a un gruppo di psicoterapia guidato da un'infermiera di salute mentale basato sulla DBT (Dialectical Behaviour Therapy). Gli infermieri avevano ricevuto una formazione specifica sul BPD basata su DBT. I criteri di inclusione erano avere BPD come diagnosi principale, essere stati in follow-up con un infermiere di salute mentale di comunità presso il centro per almeno due anni, auto-riferire un miglioramento rispetto a quando è iniziato il trattamento e accettare di partecipare allo studio. I potenziali partecipanti sono stati definiti come quelli che hanno auto-segnalato un miglioramento quando (a) avevano detto spontaneamente al loro infermiere di salute mentale che si sentivano meglio rispetto all'inizio del trattamento o (b) avevano risposto affermativamente quando gli era stato chiesto dal loro infermiere di salute mentale se si sentivano meglio rispetto all'inizio del trattamento. Gli infermieri hanno quindi invitato le persone che soddisfano questo criterio a partecipare allo studio e i nomi di coloro che hanno accettato sono stati trasmessi allo sperimentatore principale (PI). I criteri di esclusione erano essere in uno stato instabile (aumento dell'ansia, autolesionismo, impulsività o ideazione suicidaria), essere in follow-up con il ricercatore principale e rifiutare l'invito a partecipare da parte della loro infermiera di salute mentale. Il PI ha contattato telefonicamente i candidati per invitarli a partecipare. Dei 16 candidati invitati (13 donne e 3 uomini), 12 donne hanno partecipato al colloquio programmato. Una donna ha rifiutato di partecipare. Un uomo ha rifiutato di partecipare e due hanno accettato di partecipare ma non si sono presentati al colloquio programmato. Tutti i partecipanti erano donne e avevano un'età compresa tra 20 e 46 anni.

I risultati sono i cinque temi individuati nell'analisi tematica:

- Tema 1: I partecipanti hanno reagito positivamente quando l'atteggiamento dell'infermiera ha espresso la fiducia che potevano cambiare e recuperare. Quando gli infermieri hanno espresso fiducia nella capacità di recupero dei partecipanti, hanno trasmesso l'idea che valeva la pena continuare a provare.
- Tema 2: Questo tema cattura la percezione dei partecipanti che gli infermieri non li abbiano giudicati. I partecipanti hanno riferito che è stato utile potersi confidare con l'infermiera senza essere giudicati. Erano consapevoli di aver spesso raccontato

esperienze difficili da capire per gli altri, o che avevano contenuti molto negativi, o implicavano pensieri e comportamenti socialmente inaccettabili. Nonostante ciò, hanno riferito che l'infermiera ha ascoltato senza giudicare. Questo atteggiamento non giudicante ha permesso all'infermiera di aiutare la paziente a rendere conto delle sue idee e dei suoi comportamenti.

- Tema 3: I partecipanti hanno descritto l'importanza dell'umorismo nel facilitare la relazione terapeutica con il proprio infermiere. Quando gli infermieri hanno usato il loro senso dell'umorismo, i partecipanti hanno riferito che l'infermiera sembrava autentica e che si sentivano vicini all'infermiera e accettati e protetti da lui o lei. L'umorismo ha permesso ai partecipanti di prendere le distanze dalle proprie emozioni negative e di aprirsi a nuove prospettive. Anche l'umorismo ha contribuito a creare un senso di complicità nella relazione terapeutica.
- Tema 4: I partecipanti hanno fatto riferimento a un atteggiamento dell'infermiera che li ha rassicurati e che sarebbero stati curati quando necessario, offrendo loro tranquillità. Oltre alle visite regolari con il team di salute mentale assegnato, gli infermieri hanno offerto ai partecipanti la possibilità di chiamare o fermarsi al centro di cure urgenti in caso di crisi. Quando hanno richiesto una visita urgente, hanno chiesto un membro dell'équipe con cui avevano un buon rapporto terapeutico.
- Tema 5: I partecipanti hanno evidenziato il trattamento "molto umano" che hanno ricevuto dagli infermieri di salute mentale. I partecipanti hanno riferito di essere stati trattati come persone e non come un disturbo.

Questi risultati si aggiungono alla nostra conoscenza delle percezioni delle persone con diagnosi di BPD sugli atteggiamenti degli infermieri di salute mentale che, secondo i partecipanti, facilitano una relazione terapeutica positiva. Il primo tema segnala l'importanza per i partecipanti della fiducia dell'infermiere nella propria capacità di recupero. Questa fiducia li ha spinti a continuare a lavorare nonostante la difficoltà del processo. Questa scoperta è in linea con quella degli psicologi, che suggeriscono che la fiducia nel successo della persona, nel recupero, offre una forte base terapeutica per i trattamenti di salute mentale (Chugani et al., 2017). Secondo le persone con una diagnosi di BPD, la fiducia è il fondamento degli interventi terapeutici (Nehls, 1999) e si sentono più supportati da professionisti che esprimono fiducia e li trattano come persone e non come una diagnosi (National Collaborating Center for Mental Health - UK, 2009). La fiducia nella capacità di recupero della persona è legata alla speranza, che, secondo Tutton et al. (2009), è un processo psicologico orientato al futuro che consente di trascendere la sofferenza per la salute e raggiungere un miglioramento. Questo studio sulle persone con

diagnosi di BPD colma un'importante lacuna, perché dimostra che la fiducia degli infermieri nel recupero dei partecipanti li ha motivati a continuare a cercare di migliorare e ha supportato la relazione terapeutica.

Il non giudizio è il secondo tema che i partecipanti hanno identificato come contributo alla relazione terapeutica. L'opportunità di “raccontare tutto” sapendo che l'infermiera avrebbe ascoltato senza giudizio ha permesso ai partecipanti di esprimersi liberamente e sentirsi accettati. Questo è il modello di un infermiere che non giudica il contenuto del discorso della persona ma risponde consapevolmente e terapeuticamente. La capacità di trattenere il giudizio richiede che gli infermieri abbiano conoscenza delle dinamiche relazionali quando la persona descrive eventi che per lui o lei sono difficili da comprendere e accettare. La risposta dell'infermiera consiste nel non reagire allo stimolo provocatorio e nel rispondere invece in un modo che convalida l'emozione che ha portato a questo comportamento (Linehan, 1993). Diversi autori hanno sottolineato che il team di salute mentale deve fornire un supporto non giudicante per aiutare il paziente a riprendersi (Mack, McKenzi & Nesbitt, 2016; McNee et al., 2014). Per alcuni infermieri, essere non giudicanti di fronte a comportamenti che contraddicono i propri valori, come l'autolesionismo e i tentativi di suicidio, può essere una sfida. Tuttavia, il non giudizio è una parte fondamentale dell'etica infermieristica e gli infermieri devono essere consapevoli dell'influenza dei propri valori e convinzioni (Morrissey et al., 2018). Questo studio si aggiunge a questa area di ricerca mostrando che le persone con diagnosi di disturbo borderline di personalità coincidono con gli infermieri nel sottolineare l'importanza del non giudizio nel facilitare la relazione terapeutica positiva.

Le scoperte sull'uso del senso dell'umorismo rivelano che questo atteggiamento ha portato i partecipanti a sentirsi protetti, accettati e calmi; poter esprimere autenticamente le proprie emozioni; e sperimentare la vicinanza, la fiducia e la tranquillità con l'infermiere. I ricercatori che lavorano sull'uso dell'umorismo nell'assistenza infermieristica hanno concluso che l'ottimismo e una disposizione allegra sono qualità che i pazienti apprezzano nelle loro infermiere (Cleary et al., 2012). Esistono ricerche infermieristiche sull'effetto della risata nell'alleviare l'ansia e nell'incoraggiare il rilassamento nelle persone con una diagnosi di salute mentale (Astedt-Kurki et al., 2001; Moore, 2008). Altre ricerche suggeriscono che l'umorismo promuove la reciprocità nella relazione terapeutica e facilita una connessione più umana e intima (Tremayne, 2014). I risultati mostrano che l'uso dell'umorismo nella relazione terapeutica può avere un effetto riflessivo, perché consente alla persona di decontestualizzare una situazione e di vederla da una prospettiva diversa (Buxman, 1991). Allo stesso tempo, la ricerca indica che il senso dell'umorismo consente

anche alle persone di preservare la propria dignità di fronte a situazioni di disagio (Astedt-Kurki et al., 2001) e che l'uso del senso dell'umorismo tende a facilitare il dialogo e consentire alle persone di mostrare il loro lato più amichevole (Scanlon, 2006). Le persone con diagnosi di BPD possono trarre beneficio quando i loro infermieri esprimono un atteggiamento di umorismo in quanto supporta la relazione terapeutica.

I partecipanti hanno valutato la disponibilità dell'infermiera a prendersi cura di loro quando ne avevano bisogno. La loro fiducia nel poter ricevere aiuto ha dato loro tranquillità e ha rafforzato la relazione terapeutica. La disponibilità o flessibilità dell'infermiere è stata riconosciuta come un atteggiamento a supporto della relazione terapeutica con persone con diagnosi di malattia mentale (Dziopa & Ahern, 2009). Allo stesso modo, Lamph et al., (2020) notano che è necessario un approccio flessibile e avere più tempo per lavorare con persone che presentano tratti di disturbo di personalità. Nel caso delle persone con una diagnosi di BPD, la flessibilità degli infermieri di trascorrere del tempo con loro durante un breve programma orientato al recupero residenziale ha contribuito a ridurre l'autolesionismo e la durata della degenza ospedaliera e ha aumentato la loro efficacia personale (Mortimer-Jones et al., 2019). Questi risultati estendono l'affermazione di Peplau (1988) sull'importanza della disponibilità in generale al caso specifico di persone con diagnosi di BPD nel contesto comunitario. Quando gli infermieri hanno espresso la loro disponibilità, i partecipanti hanno riferito di sentirsi coinvolti nella relazione terapeutica positiva. A loro volta, i partecipanti sono stati in grado di indirizzare la loro attenzione su obiettivi più complessi.

I partecipanti hanno identificato un atteggiamento di umanità nelle loro infermiere. Gli autori che studiano la prospettiva degli infermieri hanno dimostrato che la formazione specializzata in BPD basata su un quadro teorico è la chiave per aiutare gli infermieri a sviluppare atteggiamenti più positivi negli infermieri ed evitare reazioni con scarso valore terapeutico (Dickens, Lamont, et al., 2016; Warrender, 2015). Altri autori hanno osservato atteggiamenti più umani nei confronti dei pazienti tra gli infermieri che hanno riferito di voler aiutare rispetto agli infermieri che hanno riferito di provare paura sul lavoro. (Dickens, Lamont, et al., 2016). Freshwater mostra che la relazione terapeutica è un processo che richiede l'autoconsapevolezza e l'uso deliberato di tratti personali umanistici che possono aiutare i pazienti (Freshwater, 2002). In questo modo i partecipanti con diagnosi di BPD hanno riferito che l'umanità espressa dalle loro infermiere e la sensazione di essere stati trattati come persone hanno favorito una relazione terapeutica positiva.

### **8.3. 'Caring Across Thorns'- Different outcomes for borderline personality disorder, patients in Taiwan.**

Lo scopo di questo studio è quello di identificare le percezioni degli infermieri in salute mentale in relazione alle loro esperienze di cura con i pazienti con BPD. Ciò permette di esplorare i fattori e gli effetti dei modelli decisionali degli infermieri sui risultati delle cure per i pazienti con BPD. Gli infermieri di salute mentale di Taiwan si sono lamentati della mancanza di risultati positivi con i regimi di assistenza esistenti e pochi studi hanno esplorato la percezione di questi infermieri di come il loro processo decisionale influisca sulla qualità dell'assistenza per i loro clienti.

In Taiwan, nel 2003, circa 10.000 pazienti che cercavano aiuto nelle cliniche di salute mentale sono stati diagnosticati con disturbi della personalità. Il numero di casi segnalato a Taiwan è quintuplicato dal 2003 al 2005 (Dipartimento della Sanità, Taiwan 2007). Nel loro insieme, queste statistiche suggeriscono una crisi sanitaria emergente di pazienti i cui bisogni metteranno alla prova gli infermieri di salute mentale (MHN) in tutto il mondo. Di conseguenza, i trattamenti e gli approcci degli infermieri alla cura di questi pazienti sono gli elementi chiave dell'assistenza sanitaria a Taiwan. Questo studio si propone di consultare questo aspetto in dettaglio e discutere le pratiche della salute mentale. Risultati di cura di successo per i pazienti con BPD a Taiwan non possono essere sviluppati semplicemente adottando protocolli di cura nella letteratura occidentale. Piuttosto, tali risultati di assistenza devono iniziare con un attento esame delle valutazioni degli infermieri delle loro esperienze empiriche a Taiwan. Pertanto, gli obiettivi di questo progetto erano identificare le percezioni degli infermieri dei risultati di cura soddisfacenti o insoddisfacenti con i clienti BPD. Il raggiungimento di questi obiettivi dovrebbe migliorare non solo la qualità dell'assistenza per i pazienti con BPD, ma anche la fiducia e la competenza degli infermieri nel prendersi cura di questa popolazione difficile. Data la necessità di condurre un'esplorazione approfondita delle esperienze degli infermieri, è stato utilizzato un disegno qualitativo descrittivo ed esplorativo per raccogliere e analizzare i dati sulle descrizioni narrative delle loro esperienze da parte degli informatori. Questa strategia è preferita "quando (senza)", "come" o "perché" vengono poste domande, quando l'investigatore ha scarso controllo sugli eventi e quando l'attenzione si concentra su un fenomeno contemporaneo all'interno di un contesto di vita reale. Il campione di 15 informatori-infermieri è stato reclutato intenzionalmente dall'unità per acuti o di riabilitazione di un centro di salute psichiatrica nel nord di Taiwan. Pertanto, gli infermieri sono stati reclutati perché avevano almeno tre anni di esperienza nell'assistenza infermieristica per la salute mentale e, soprattutto, avevano lavorato come infermieri

primari per pazienti con BPD negli ultimi 12 mesi. La procedura di analisi dei dati in questo studio consisteva nelle seguenti fasi: assicurare che i dati dell'intervista siano stati accuratamente trascritti e tradotti dal nastro al testo; ottenere una comprensione olistica delle risposte degli informatori ripercorrendo l'intero dialogo almeno due volte e registrando impressioni e pensieri; evidenziare i dati relativi alle descrizioni delle esperienze di cura e codificare i modelli emergenti in ogni intervista; creazione di un foglio di lavoro per l'esame della strategia di azione/interazione; utilizzo di questo foglio di lavoro per codificare i modelli del processo decisionale degli infermieri; raggruppare i modelli di codifica in categorie e controllare i modelli coesenziali tra le categorie; generazione di categorie e sottocategorie; creazione di temi tramite collegamenti di dati e confronto costante; riesaminare le relazioni tra ciascuna parte dell'intervista, condizione e contesto di fondo, strategie di interazione e potenziali conseguenze in condizioni diverse; ricerca di casi negativi; debriefing periodico tra pari; conferma delle informazioni con informatori e operatori sanitari ove necessario. Le valutazioni degli informatori delle loro esperienze di cura per i loro clienti BPD hanno coinvolto i seguenti cinque temi:

- Passare dalla luna di miele alla fase del caos;
- Aspettative degli infermieri per esiti positivi vs. negativi;
- Praticare routine vs. assistenza infermieristica individualizzata;
- Supporto adeguato o inadeguato da parte dei membri del team sanitario;
- Differenze negli esiti assistenziali (esperienze soddisfacenti, esperienze insoddisfacenti e relazioni superficiali).

Nel primo tema gli infermieri hanno descritto il periodo della luna di miele come seguito da una fase di caos, quando i pazienti hanno iniziato a dimostrare vari comportamenti distruttivi, come testare i limiti delle regole del reparto o delle istruzioni degli infermieri, manipolare altri pazienti, tentare il suicidio e insultare infermieri o altri lavoratori. In risposta a questi comportamenti disturbanti, gli infermieri si sono sentiti infastiditi e hanno provato sentimenti sempre più negativi. Hanno ammesso di sentirsi tentati di abbandonare le aspettative positive per i risultati dell'assistenza in questa fase. In alcuni casi, la fase di caos è proseguita fino alla dimissione del paziente dall'ospedale. Nel secondo tema nove infermieri avevano aspettative più negative per i risultati dell'assistenza in base alle loro precedenti esperienze di assistenza. Cinque di queste infermiere credevano addirittura che aiutare un paziente con BPD fosse uno spreco di risorse mediche. Nel terzo tema sei infermieri con aspettative più intrinsecamente negative per i loro pazienti con BPD hanno deciso di praticare l'assistenza infermieristica

di routine e di concentrarsi solo sui bisogni di base e sulla sicurezza dei pazienti, indipendentemente dalle loro altre esigenze individuali. Nove infermieri che hanno riferito di aspettarsi risultati positivi per i loro pazienti credevano che alcuni dei loro comportamenti fossero modificabili. Oltre a seguire le cure di routine, tendevano a decidere sull'utilizzo di interventi infermieristici individualizzati in base alle caratteristiche speciali dei loro pazienti. Un altro tema emerso è il supporto dei membri del team sanitario, questo includeva il supporto emotivo reciproco ma soprattutto la discussione e collaborazione sui piani di cura di questi pazienti. Avere nel team infermieri esperti, con esperienza sul campo, ha favorito un ambiente di lavoro positivo. Le difficoltà vissute dagli infermieri sono state gestite in maniera più efficace, e hanno avvertito meno stress fisico ed emotivo. Nell'ultimo tema è emerso che sei infermieri avevano riportato esperienze di cura soddisfacenti ma in circostanze diverse. Nella prima, tre infermieri nutrivano aspettative negative ma era supportati e cercavano di imparare da altri colleghi che avevano avuto esperienze di successo, qui gli infermieri hanno praticato strategie di cura più individualizzate. Nella seconda, sei infermieri avevano aspettative più positive, hanno praticato un'assistenza più individualizzata anche durante la fase caotica.

Gli infermieri di Taiwan in questo studio hanno riportato aspettative di assistenza sia positive che negative, nonché esiti dell'assistenza sia positivi che negativi. Alcuni informatori hanno descritto difficoltà nello stabilire relazioni con i pazienti con BPD e hanno avuto esiti di cura insoddisfacenti. Il presente studio dimostra inoltre che gli atteggiamenti negativi influenzano i concetti e gli esiti degli infermieri per i pazienti con BPD di Taiwan, sia nella prima che nella seconda fase del processo di cura. Al contrario, alcuni informatori avevano aspettative di cura positive per i pazienti con BPD e le condizioni di salute dei loro pazienti sono migliorate nel tempo.

#### **8.4. Mental health nurses' experiences of implementing a model to facilitate self-empowerment in women living with borderline personality disorder in South Africa.**

In Sudafrica, sono stati implementati vari modelli di trattamento dall'estero per i pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità. Questo rapporto si basa su un modello sudafricano che è stato sviluppato, implementato e valutato per gli infermieri di salute mentale da utilizzare per facilitare l'auto-potenziamento delle donne che vivono con questo disturbo.

Una revisione della letteratura sui modelli utilizzati dagli infermieri rivela che la terapia comportamentale dialettica (DBT) è l'approccio più comunemente utilizzato per la riabilitazione delle persone con BPD (Paris, 2020). Tuttavia, ci sono pochi modelli progettati specificamente per gli infermieri che lavorano in unità di degenza che cercano di migliorare la salute mentale delle persone che vivono con BPD. Esiste però una lacuna nel contesto sudafricano. Prima di questo studio, non era stato sviluppato, implementato o valutato alcun modello per assistere gli infermieri di salute mentale che lavorano con persone che hanno BPD. Lo scopo di questo lavoro è di descrivere l'implementazione e la valutazione di un modello sudafricano per gli infermieri di salute mentale per facilitare l'auto-potenziamento nelle donne che vivono con BPD.

L'ambiente di studio era un'unità di psicoterapia ospedaliera in un ospedale accademico governativo psichiatrico in Sud Africa. Questa struttura è un ospedale di riferimento in cui i pazienti vengono indirizzati da uno psichiatra delle unità di valutazione della salute mentale ospedaliera per acuti. L'unità di psicoterapia è un reparto di degenza da 18 posti letto e accoglie pazienti sia maschi che femmine con diagnosi di disturbi della personalità. Ci sono 11 infermieri di salute mentale che lavorano di giorno nell'unità di psicoterapia e due di notte. Ogni infermiera di salute mentale è assegnata a un paziente durante il ricovero ospedaliero di 8 settimane. Il requisito per gli infermieri di salute mentale che lavorano in questa unità è un diploma o una laurea in infermieristica. Gli infermieri di salute mentale in questa unità di psicoterapia possono o meno avere una qualifica di infermieristica avanzata per la salute mentale. L'infermiere di salute mentale nel contesto sudafricano è un'infermiera professionale che è stata formata per fornire servizi di assistenza, trattamento e riabilitazione della salute mentale (SANC, 2020). I pazienti vengono ricoverati volontariamente in questa unità di ricovero e seguono un programma di otto settimane che include la frequenza di terapia comportamentale dialettica, psicoterapia individuale e terapia di gruppo. Il programma viene eseguito solo durante il giorno; pertanto, gli infermieri di salute mentale che lavorano durante la notte non sono stati inclusi nello studio. L'autore ha osservato che, in questa unità, c'erano più donne con diagnosi di BPD rispetto agli uomini. In questo contesto, pazienti con diagnosi di BPD sperimentano la stigmatizzazione da parte dei professionisti della salute mentale e questo è associato all'auto-stigmatizzazione del paziente. Uno studio retrospettivo sudafricano condotto in una delle unità di ricovero per acuti di riferimento da Paruk e Janse van Rensburg (2016) ha indicato che molti medici in Sudafrica evitano deliberatamente di utilizzare la diagnosi "BPD" con l'obiettivo di "proteggere" gli individui da pratiche discriminatorie. Lo studio è stato condotto in due fasi. La fase 1 ha coinvolto il team di

infermieri di salute mentale all'interno dell'ospedale nella provincia di Gauteng, in Sudafrica, ricevendo una formazione e quindi implementando il modello. La fase 2 ha comportato una valutazione qualitativa dell'implementazione del modello. La formazione sul modello è stata fornita attraverso un workshop con infermieri di salute mentale. Lo scopo del workshop era quello di creare una comprensione del modello e consentire agli infermieri di salute mentale di essere in grado di implementare questo modello con le donne che vivono con BPD. Al workshop hanno partecipato sette infermieri di salute mentale; sei erano femmine. Rappresentavano uno spettro diversificato in termini di lingua, età, formazione ed esperienza lavorativa nell'unità di psicoterapia. I partecipanti hanno partecipato a un workshop di 1 giorno seguito da un'altra sessione di follow-up di 1 giorno per chiarimenti e domande. Gli infermieri di salute mentale hanno implementato il modello per un periodo di 3 mesi. La seconda fase dello studio è stata una valutazione dell'implementazione del modello. E' stato utilizzato un disegno di ricerca qualitativo, esplorativo, descrittivo e contestuale. Gli infermieri di salute mentale sono stati intenzionalmente campionati per partecipare a questo studio. Il campionamento intenzionale comporta la selezione consapevole dei partecipanti da parte del ricercatore (Houser, 2012). I criteri di inclusione erano infermieri di salute mentale che lavoravano con donne affette da disturbo borderline, che attualmente lavoravano nell'unità di psicoterapia e in grado di implementare il modello per facilitare l'auto-potenziamento delle donne affette da disturbo borderline per 3 mesi. Nella fase di implementazione dello studio, cinque infermieri di salute mentale hanno soddisfatto i criteri di inclusione e sono stati intervistati, con una fascia di età di 41 anni (range 28-69 anni). I partecipanti avevano una media di 5 anni (range 1-11 anni) di esperienza infermieristica nella salute mentale. C'erano quattro femmine e un maschio. Due avevano un master in infermieristica della salute mentale. Uno stava studiando per un master in infermieristica della salute mentale, uno aveva una laurea in infermieristica e uno aveva un diploma in infermieristica. Erano tutti dipendenti a tempo pieno che lavoravano 40 ore alla settimana nell'unità di psicoterapia e avevano tutti partecipato al seminario di un giorno sull'implementazione del modello per facilitare l'auto-potenziamento delle donne che vivono con BPD. Avevano anche implementato il modello per un periodo di 3 mesi. La raccolta dei dati ha comportato interviste individuali con i cinque partecipanti dopo 3 mesi dall'implementazione. Le interviste sono state condotte nell'unità di psicoterapia, che era un luogo conveniente per i partecipanti ed erano in inglese. Ai partecipanti è stato chiesto: "Come è stato per voi implementare questo modello?" Ulteriori domande di sondaggio sono state utilizzate per esplorare completamente le

esperienze dei partecipanti. L'autore ha scritto note sul campo di ciascuna delle interviste individuali approfondite dopo ogni intervista. La saturazione dei dati è stata raggiunta dopo le cinque interviste. Le interviste sono state audioregistrate, trascritte e analizzate utilizzando la codifica tematica. Le interviste sono durate 45-60 minuti e tutte sono state condotte dall'autore. Gli infermieri di salute mentale hanno sperimentato il modello come vantaggioso. Esistono prove che affermano che i modelli infermieristici informano, supportano e guidano la pratica degli infermieri (Hungerford, 2014). Gli infermieri di salute mentale che hanno implementato il modello hanno capito come il modello doveva essere implementato. L'obiettivo dei modelli infermieristici è fornire supporto attraverso la conoscenza e la struttura dei modelli per aiutare gli infermieri a fornire un maggiore valore di cura del paziente negli ospedali universitari (Fulmer et al., 2011). I partecipanti a questo studio hanno convenuto che il modello ha fornito la conoscenza, i segni di auto-potenziamento sono stati notati quando le donne che vivono con BPD hanno scoperto cosa era meglio per loro, si sono prese in carico della propria vita, hanno svolto un ruolo attivo nel loro viaggio alla scoperta di sé, si sono sentite sicure e connesse e hanno sviluppato un senso di significato e coerenza. Questi sono i risultati dei pazienti che gli infermieri della salute mentale hanno notato nelle donne che vivono con BPD. Altri indicatori del paziente di comportamento auto-potenziato, come indicato da Purdy, Spence Laschinger, Finegan, Kerr e Olivera (2010), includono: assunzione di responsabilità e iniziativa, capacità di prendere decisioni ponderate, maggiore discrezione nei compiti, gestione dei compiti in un modo autodiretto e trovando soluzioni creative alle sfide. Questi risultati per i pazienti arricchiscono la pratica infermieristica della salute mentale offrendo le prove necessarie per mostrare i preziosi aspetti che l'assistenza infermieristica mette in campo nell'aiutare i pazienti a riprendersi dalla malattia mentale (Seed & Torkelson, 2012). Le donne che vivono con BPD hanno dimostrato di aver appreso nuove abilità di vita. I partecipanti hanno fornito preziose informazioni sulle fasi di implementazione del modello. Ad esempio, hanno sperimentato difficoltà nella costruzione di una relazione. La cultura, la religione, la razza, l'istruzione, le esperienze, i preconcetti e le aspettative degli infermieri di salute mentale – così come delle donne – influenzano tutte le reazioni degli infermieri di salute mentale (George, 2014). Si dice che le sfide vissute dai partecipanti nella fase di relazione siano causate quando l'esplorazione delle preoccupazioni dei pazienti non viene gestita (George, 2014). Ciò può comportare un aumento dell'ansia e della tensione nella fase della relazione, influenzando così la costruzione della relazione. Inoltre, nella fase della relazione, le donne che vivono con BPD non si sono risolte in termini di automutilazione, aggressione e non conformità alle

raccomandazioni terapeutiche. Questi comportamenti possono ostacolare gli sforzi dell'infermiera della salute mentale e dare origine a sentimenti di frustrazione nel tentativo di comprendere il loro comportamento distruttivo e le esplosioni emotive (Helleman, et al., 2014). La letteratura sostiene che la fase di relazione può richiedere tempo con questo gruppo di pazienti (Crawford, et al., 2010). L'implementazione e la valutazione del modello è un aspetto importante del corpo di conoscenze infermieristiche perché i ricercatori hanno l'opportunità di vedere l'efficacia dei modelli. Nel contesto sudafricano, era imperativo condurre questo studio in quanto nessun modello era stato precedentemente implementato e valutato incentrato sulle donne che vivono con BPD. Il modello per facilitare l'auto-potenziamento nelle donne che vivono con BPD, la sua implementazione e valutazione possono creare un cambiamento nella mentalità dei pazienti che vivono con BPD. Holm e Severinsson (2010) concordano sul fatto che le donne che vivono con BPD hanno bisogno di infermieri nei loro tempi di crisi.

### **8.5. 'Destructive Whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder**

Per svolgere questo studio sono stati intervistati 6 infermieri psichiatrici. Tutti operano all'interno di un team di infermieri psichiatrici sia a Londra che nell'Hampshire. Quattro di questi lavorano in un reparto acuto per pazienti adulti, un altro all'interno della comunità e un altro ancora in un programma di appartamenti protetti per persone con problemi psichiatrici.

I partecipanti variano nella loro anzianità di servizio da 2 a 17 anni e nel loro grado infermieristico. La loro fascia di età è compresa tra i primi anni '20 e la fine degli anni '40. Due dei partecipanti erano donne; quattro di loro erano uomini. L'intervistatrice era una giovane donna che studiava psicologia a livello di laurea e lavorava come assistente sanitaria nei reparti psichiatrici. L'intervistatore aveva precedentemente lavorato con quattro dei partecipanti. Potenzialmente, questi rapporti di lavoro potrebbero aver influenzato l'inclinazione dei partecipanti ad esprimersi liberamente. Tuttavia, l'intervistatrice ha ritenuto che le sue precedenti relazioni con i partecipanti e le loro esperienze condivise di lavoro con questo gruppo di clienti significassero che i partecipanti erano inclini a parlare candidamente dei loro sentimenti ed esperienze. Le interviste erano semi-strutturate. I temi principali trattati nelle interviste sono stati: (1) atteggiamenti/percezioni dei pazienti con BPD; (2) interazione con pazienti con BPD; (3)

reazioni emotive ai pazienti con BDP; e (4) esperienze positive di pazienti con BPD. L'intervistatore mirava a facilitare i partecipanti a parlare nel modo più libero possibile e quindi impiegava domande a risposta aperta. Le interviste sono state condotte per tutto il mese di febbraio 2005. Quattro delle interviste sono state condotte in una sala riunioni dell'ospedale in cui i partecipanti lavoravano. Due delle interviste sono state condotte a casa dell'intervistatore. I partecipanti sono stati pienamente informati dello scopo dello studio e dei temi che sarebbero stati trattati nelle interviste. Hanno ricevuto una scheda informativa che copriva varie questioni etiche, tra cui: l'anonimato, il diritto di non rispondere alle domande e ritirarsi in qualsiasi momento. Il Comitato Etico dell'Università di Westminster ha approvato lo studio. Tutte le interviste sono state trascritte e controllate per errori rispetto alle versioni registrate. In accordo con la letteratura esistente, i partecipanti tendevano a percepire i pazienti con BPD in modo negativo (Gallop & Lancee, 1986; Deans & Meocevic, 2006). Tuttavia, i dati qualitativi dettagliati forniti dai partecipanti a questo studio suggeriscono che la letteratura attuale graffia solo la superficie di come gli infermieri sperimentano soggettivamente i pazienti con BPD. Nel presente studio, membri inesperti del personale hanno espresso il desiderio di "essere quello" che potrebbe aiutare un paziente con BPD. I dati suggeriscono che la sensazione di essere "incapaci di aiutare" è uno dei motivi principali per cui il personale infermieristico sperimenta negativamente i pazienti con BPD. I principali temi emersi da questo studio sono:

- 1) Vortice distruttivo (si riferisce agli infermieri che percepiscono i pazienti con BPD come una forza potente, pericolosa, inesorabile e inarrestabile che lascia una scia di distruzione).
- 2) La cura (questo tema esplora come gli infermieri sperimentano il tentativo di prendersi cura).
- 3) Idealizzato e demonizzato (i partecipanti hanno spesso discusso le loro esperienze con i pazienti con BPD in termini di idealizzazione e / o demonizzazione. Era chiaro dalle interviste che le infermiere trovavano l'esperienza di essere demonizzati molto angosciante, e tre esprimevano un senso di ingiustizia mentre cercavano di aiutare il paziente in questione. Due delle infermiere hanno parlato di momenti in cui avevano trovato piacevole essere idealizzati, anche se questo era sempre accompagnato dal paziente che poi li demonizzava quando non erano all'altezza delle loro aspettative o gli infermieri si sentivano a disagio con il livello di attenzione che il paziente stava prestando loro).

- 4) Manipolazione (Le infermiere avevano la forte sensazione di essere manipolate dai pazienti con BPD. Hanno associato la disonestà dei pazienti con BPD con i loro comportamenti manipolativi).
- 5) Minaccioso (I partecipanti hanno descritto come i pazienti con BPD spesso minacciano di danneggiare se stessi, altre persone o proprietà se le richieste che hanno fatto non vengono soddisfatte).

I dati di questo studio suggeriscono che gli infermieri vogliono migliorare le loro interazioni con i pazienti con BPD e avere più successo nel "curarli". Un'importante implicazione di questa ricerca è la necessità di formare infermieri in trattamenti appropriati per questo gruppo di clienti. La relazione terapeutica è ora ampiamente considerata il fattore più importante per l'esito (Clarkson, 2003); pertanto, si può ipotizzare che il miglioramento della relazione tra i pazienti con BPD e i team del personale avrà un effetto reciproco sul processo dei pazienti.

## 9. Discussione

A questo punto della ricerca può affermarsi che per poter erogare un'assistenza infermieristica di qualità l'infermiere/a deve prima di tutto comprendere il disturbo in tutte le sue complessità, questo perché il paziente possa avere un quadro di riferimento che lo aiuti a dare un significato ai vari comportamenti messi in atto dal paziente. Prendendo in considerazione le motivazioni e gli obiettivi personali espressi all'inizio del lavoro, quest'ultimo mi ha senz'altro permesso di raggiungerli. Dalla ricerca è emerso che la letteratura scientifica conferma la presenza di alcune problematiche nell'assistenza infermieristica del paziente con disturbo borderline di personalità. Queste problematiche riguardano gli aspetti comportamentali degli infermieri, i quali vivono con negatività l'interazione con questi pazienti e assumono atteggiamenti dissuasivi. L'analisi degli articoli, nonostante la loro eterogeneità in diversi contesti di cura della salute mentale e alle diverse tipologie di partecipanti (personale curante e pazienti), ha permesso di ottenere informazioni utili in ogni singolo studio. A partire da questi, è stato possibile elaborare un quadro generale sui principali interventi relazionali e sulle difficoltà riscontrate nell'assistenza infermieristica. I risultati confermano l'importanza del fattore relazionale nel momento in cui ci si prende cura di questa tipologia di clienti. La relazione rappresenta il cardine nel favorire il recupero del paziente. Allo stesso tempo, le diverse attitudini del personale curante sono senz'altro in grado di influenzare l'esito della cura. Secondo Fallon (2003), nel momento in cui si rivolge ad una struttura di salute mentale per chiedere aiuto, il paziente con disturbo borderline della personalità, che spesso è in un momento di crisi, cerca semplicemente qualcuno che abbia la capacità di ascoltarlo e supportarlo emotivamente. Langley & Klopfer (2005), in particolare, sostengono che alla base di tutti quegli interventi considerati terapeutici per questi pazienti ci sia la fiducia, concetto considerato cardine, secondo i partecipanti al loro studio, per costruire e mantenere un'alleanza terapeutica. Il paziente deve dunque percepire di potersi fidare del curante, questo richiede all'infermiere di assumere particolari atteggiamenti in grado di trasmettere questa sensazione.

In questo lavoro sono stati identificati gli atteggiamenti degli infermieri di salute mentale che i partecipanti con una diagnosi di BPD percepivano. Si trattava di avere fiducia nella capacità della persona di riprendersi, di non giudicare, di usare il senso dell'umorismo, di esprimere disponibilità e di trattare i partecipanti con umanità. I nostri partecipanti hanno percepito che gli atteggiamenti dei loro infermieri erano la chiave per costruire una relazione terapeutica positiva che li aiutasse a recuperare. I resoconti dei partecipanti delle

loro esperienze vissute sono una potente fonte di dati per la ricerca, l'insegnamento e la pratica clinica relativa al BPD. Oltre a identificare questi atteggiamenti, questa ricerca ha offerto un'opportunità alle persone con diagnosi di BPD di collaborare alla ricerca scientifica e dare la loro opinione sul processo terapeutico con i loro infermieri, un processo che potrebbe di per sé avere benefici terapeutici. L'indagine ha evidenziato che le cause di tale avversione del personale infermieristico verso la specifica tipologia del paziente possono essere dovute a delle esperienze negative, i comportamenti dei pazienti con questo disturbo, possono complicare l'assistenza rendendo il loro ricovero molto stressante per gli operatori sanitari; oppure possono essere dovute allo stigma nei confronti del disturbo, ovvero il pregiudizio del professionista sanitario che ha dubbi sulla veridicità della diagnosi ed è convinto che il malato possieda un maggiore autocontrollo dei propri comportamenti. La 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. In tale contesto, 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 termini come 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. Molte fonti affermano che avere una conoscenza più approfondita della psicopatologia, aiuti l'infermiere ad avere un visione più obiettiva del malato e dei suoi comportamenti con un approccio più scientifico e propedeutico all'assistenza.

## **10. Ringraziamenti**

A conclusione di questo elaborato, desidero dedicare questo spazio alle persone che hanno contribuito, con il loro supporto, alla realizzazione dello stesso.

In primis, un ringraziamento speciale al mio relatore Cotticelli Federico, per la sua immensa pazienza, per i suoi indispensabili consigli, per le conoscenze trasmesse durante tutto il percorso di stesura dell'elaborato.

Ringrazio infinitamente i miei genitori che mi hanno sempre sostenuto, appoggiando ogni mia decisione, fin dalla scelta del mio percorso di studi.

Infine, vorrei dedicare questo traguardo a me stessa, che possa essere l'inizio di una lunga e brillante carriera professionale.

## 11. Bibliografia

Andrew Skodol , John G. Gunderson, Bruce Pfohl, Thomas A. Widiger, W. John Livesley , Larry J. Siever. (2002). The borderline diagnosis I : Psychopathology, comorbidity, and personality structure. [https://doi.org/10.1066/S0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1066/S0006-3223(02)01324-0)

APA. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5° ed.). Raffaello Cortina editore.

Bodner, E., Cohen-Fridel, S. & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 548-555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004>

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. London: Tavistock Routledge.

Clarkson, P. (2003). *The therapeutic relationship* (2° ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Comtois, K. A., & Carmel, A. (2014). Borderline personality disorder and high utilization of inpatient psychiatric hospitalization : Concordance between research and clinical diagnosis. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 43(2), 272-280. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9416-9>

Deans C., Meocevic E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse* 21, 1: 43-49. <https://doi.org/10.5172/conu.2006.21.1.43>

Dickens, G. L., Lamont, E. & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder : Systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1848-1875. <https://doi.org/10.1111/jocn.13202>

Distel, M.A, Roeling, M.P., Tielbeek, J.J., van Toor, D., Derom, C.A., Trull, T.J., et al. (2012). The covariation of trait anger and borderline personality: a bivariate twin-siblings study. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 458-66. <https://doi.org/10.1037/a0026393>

Dziopa, F., & Athern, K. (2009). Three different ways mental health nurses develop quality therapeutic relationships. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 14-22. <https://doi.org/10.1080/01612840802500691>

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), 393-401. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00617.x>

Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-46. <https://doi.org/10.1177/00030651000480040701>

Forchuk, C. (1995). Development of Nurse-Client Relationships: What helps? <https://doi.org/10.1177/107839039500100503>

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Ruan, W. J. (2008). Prevalence correlates, disability and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder : Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 533-545. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>

Gunderson, J. G. (2003). *La personalità borderline: Una guida clinica*. Raffaello Cortina Editore.

Gunderson, J. G., & Hoffman, P. D. (2010). *Disturbo di personalità borderline. Una guida per professionisti e familiari*. Springer Verlag.

Geoffrey L. Dickens, Emma Lamont, Jo Mullen, Nadine MacArthur, Fiona J. Stirling (2019). Mixed methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder. <https://doi.org/10.1111/jocn.14847>

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561>

Lieb, K., Zanarini, M. C., C., Schmahl, C., Linehan, P. M., & Bohus, P. M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (1°ed). New York: Guildford Press.

Lotti, G., Monticelli, F. (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*. Una prospettiva cognitivo- evolucionista.

Langley, G. C., & 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(1), 23–32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00774.x>

Ma, W.-F., Shih, F.-J., Hsiao, S.-M., Shih, S.-N., & Hayter, M. (2009). 'Caring Across Thorns'—Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 440–450. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02557.x>

Morse, J. (2011). Molding qualitative health research. *Qualitative Health Research*, 21, 1019-1021. <https://doi.org/10.1177/1049732311404706>

Nompumelelo Ntshingila Phd. (2020). Mental health nurses' experience of implementing a model to facilitate self-empowerment in women living with borderline personality disorder in South Africa. <https://doi.org/10.1111/nhs.12726>

Otto Kernberg.(1994). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Raffaello Cortina editore.

Paris, J. (2002). Psychiatric services. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.6.738>

Paris, J. (2011). *Il disturbo borderline di personalità* (M.Ricucci, Trad.) Il Mulino.

Rita, B. A., Daniela, R. (2011). Therapeutic Alliance and Psychotherapy : Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>

RNAO. (2002). *Estabilishing Therapeutic relationships*. RNAO: Registered Nurse Association of Ontario. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/estabilishing-therapeutics-relationships>

Robert, S. (2000). The therapeutic and Working alliances. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. <https://doi.org/10.1177/00030651000480011001>

Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Constable.

Rogers, C. (1970). *La terapia centrata sul cliente*. Giunti Editore.

Romeu-Labayen, M., Cuadra, M. A. R., Galbany-Estragués, P., Corbal, S. B., Palou, R. M. G., & Tort-Nasarre, G. (2020). The attitudes of mental health nurses that support a positive therapeutic relationship: the perspective of people diagnosed with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/inm.12720>

Skodol, A. E., M. D. (2019). Borderline personality disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. <https://sso.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-course-assessment-diagnosis-#H462912444>

Stoddart, K. M. (2012). Social meanings and understandings in patient-nurse interaction in the community practice setting: a grounded theory study. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-11-14>

Townsend, M. C. (2013). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice* (6<sup>ed.</sup>). F.A. Davis Company.

Townsend, M. C. (2014). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of care in Evidence-Base practice* (8<sup>ed.</sup>). F.A. Davis Company.

Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). Destructive Whirlwind: Nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9), 703–709. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01275>