



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche

**LA DIFFICOLTÀ NELL'ASSISTENZA
INFERMIERISTICA AL PAZIENTE CON
DISTURBO BORDERLINE DI
PERSONALITÀ**

Relatore: Chiar.mo

Tesi di Laurea di:

NOME RELATORE

NOME LAUREANDO

A.A. 2021/2022

INDICE

ABSTRACT.....	
INTRODUZIONE.....	1
OBBIETTIVI	1
MATERIALI E METODI.....	2
PAROLE CHIAVE.....	2
CAPITOLO 1	
1.1 <i>PERSONALITÀ</i>	3
1.2 <i>DISTURBO DI PERSONALITÀ</i>	3
1.3 <i>DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ</i>	5
1.4 <i>DIAGNOSI</i>	6
1.5 <i>EZIOPATOGENESI</i>	7
1.6 <i>TERAPIA</i>	9
CAPITOLO 2	
2.1 <i>LA RELAZIONE TERAPEUTICA</i>	11
2.2 <i>FASI DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA</i>	15
2.3 <i>ALLEANZA TERAPEUTICA</i>	16
CAPITOLO 3	
3.1 <i>COMPORIMENTI CARATTERISTICI DEL BORDERLINE CHE INCIDONO NEGATIVAMENTE SULLA RELAZIONE TERAPEUTICA</i>	19
3.2 <i>LA MANIPOLAZIONE NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA</i>	22
RISULTATI.....	23
CAPITOLO 4	
4.1 <i>ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE CON DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ</i>	24
CONCLUSIONI.....	29
BIBLIOGRAFIA.....	30
SITOGRAFIA.....	32

ABSTRACT

Introduzione: Negli ultimi anni è stato notato un aumento di casi di persone affette da disturbo borderline di personalità. Questo disturbo psichiatrico, si è contraddistinto per una particolare difficoltà nella creazione di un rapporto terapeutico efficace tra il paziente e l'infermiere, per via dell'instabilità emozionale e comportamentale di questi pazienti. Rapporto che molto spesso comporta un'assistenza inefficace e discontinua.

Obiettivo: L'obiettivo di questa tesi è quello di individuare gli elementi e i comportamenti, tenuti dai soggetti borderline, che causano l'inefficacia del rapporto terapeutico, di descrivere e di fornire consigli e raccomandazioni per una assistenza ottimale.

Materiali e Metodi: L'elaborato qui proposto è stato svolto mediante una revisione narrativa di articoli scientifici presi da banche dati come PubMed, Google Scholar e motori di ricerca generici.

Risultati: La revisione evidenzia la difficoltà con il paziente borderline di instaurare una relazione terapeutica e un'assistenza efficace e fornisce le raccomandazioni a cui può far riferimento l'infermiere per gestire queste problematiche

Conclusioni: La revisione ha dimostrato che per un'assistenza infermieristica efficace si ha la necessità, da parte degli infermieri, di approfondire le proprie conoscenze in relazione al disturbo borderline di personalità; una maggiore conoscenza del disturbo permetterà il riconoscimento di comportamenti, del borderline, definiti negativi e nocivi per la relazione terapeutica tra operatore e paziente. Permetterà alla figura dell'infermiere di sapere cosa aspettarsi da un paziente che soffre di questo disturbo, e di sapere come gestire al meglio un'assistenza definita complicata già dalle prime fasi.

Parole chiave: Personality, Personality Disorder, Borderline Personality Disorder, Therapeutic Relationship, Therapeutic Alliance, Manipulation, Nursing.

INTRODUZIONE.

Negli ultimi anni sono aumentati i casi di diagnosi psichiatrica di disturbo borderline di personalità, disturbo che caratterizza chi ne soffre di una marcata instabilità e ipersensibilità emotiva. Questi soggetti solitamente rendono difficoltose quasi tutte le relazioni interpersonali che creano, e tra queste possono ostacolare anche quelle intraprese con il personale sanitario da cui vengono seguiti. Le relazioni che creano questi soggetti vengono compromesse da atteggiamenti messi in atto, come ad esempio la minaccia di suicidio o di autolesionismo, che possono essere interpretati come tentativi di manipolazione per chi non è adeguatamente informato e che sono, invece, viste come vie di fuga da chi soffre di questo disturbo. Essendo pazienti ad elevato rischio suicidario e/o ad elevato rischio autolesionistico, è quindi facile che gli operatori che si relazionano con essi si sentano manipolabili e manipolati.

Gli infermieri fanno parte degli operatori che appartengono all'equipe che viene fornita per l'assistenza, la cura e le terapie che vengono fornite ai borderline, e sono figure che passano veramente molto tempo con essi.

Come possono essere compromesse le relazioni terapeutiche, può esserlo anche l'assistenza infermieristica la quale potrà risultare inefficace se l'infermiere non sarà adeguatamente informato e formato su come ci si deve interfacciare con il borderline. L'infermiere dovrà essere in grado di riconoscere i comportamenti nocivi per l'assistenza infermieristica, dovrà, oltre che riconoscerli, imparare a gestirli senza far sentire inadeguato il paziente e senza farlo sentire giudicato.

OBBIETTIVO

L'obiettivo di questa revisione è quello di individuare i comportamenti tipici del paziente borderline che incidono negativamente nella relazione terapeutica, e rendendo inefficace, di conseguenza, anche l'assistenza infermieristica.

Individuando questi comportamenti sarà possibile, alla figura dell'infermiere, riuscire ad erogare un'assistenza appropriata e il più possibile efficace nei confronti di questi pazienti. Quindi con questa revisione si ha l'intento di evidenziare il modo più corretto di assistere questi pazienti dal punto di vista infermieristico.

METODI E MATERIALI

In principio per la realizzazione di questa revisione narrativa è stato formulato un quesito iniziale, quesito che ha richiesto l'utilizzo del modello P.I.C.O.:

- P: soggetti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità
- I: assistenza infermieristica efficace per pazienti borderline
- C: /
- O: ridurre le reazioni esagerate, provocatorie e tal volta aggressive e autolesionistiche.

Inoltre, per elaborare questo scritto sono stati presi in esame diversi articoli scientifici presenti in diverse banche dati, come ad esempio PubMed e Google Scholar, e su altri motori di ricerca generici.

PAROLE CHIAVE

Personality, Personality Disorder, Borderline Personality Disorder, Therapeutic Relationship, Therapeutic Alliance, Manipulation, Nursing.

CAPITOLO 1.

1.1 La personalità

Prima di iniziare a parlare del disturbo borderline di personalità è necessario introdurre brevemente il concetto di personalità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ci fornisce questa definizione: "con personalità si intende una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un soggetto e che risulta da fattori costituzionali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale". La personalità corrisponde quindi alla propria esperienza personale di risposta emotiva e comportamentale a tutto ciò che ci circonda, siano essi eventi o relazioni. Nella vita adulta, la propria personalità, cioè il proprio modo di percepirsi, è stabile e può essere più o meno favorevole, cioè ci possono essere delle caratteristiche della nostra personalità che ci proteggono dal malessere o che invece ci sfavoriscono e ci fanno soffrire. Alcuni aspetti del nostro funzionamento tendono ad essere erroneamente assimilati al concetto di "personalità", anche se non rappresentano la stessa cosa: identità, temperamento, carattere. L'identità può essere assimilata alla percezione della nostra soggettiva continuità, il temperamento come il substrato biologico delle nostre attitudini e disposizioni, il carattere come l'espressione più evidente delle nostre disposizioni psichiche, risultante del temperamento e dell'interazione con l'ambiente. La psichiatria si occupa in modo approfondito di quelle caratteristiche della personalità che espongono un soggetto a stati di sofferenza, per favorire il loro riconoscimento e la cura. Solo quando i Tratti di Personalità sono rigidi, non funzionali e determinano un significativo stato di sofferenza soggettiva, possiamo parlare di Disturbi della Personalità.

1.2 Disturbo di personalità

I disturbi di personalità compaiono quando tali tratti divengono talmente pronunciati, rigidi e disadattivi da compromettere il funzionamento lavorativo e/o interpersonale. Queste modalità sociali disadattive possono provocare un disagio significativo nelle persone con disturbi di personalità ed in coloro che le circondano. Per le persone con disturbo di personalità (a differenza di molti altri che richiedono assistenza psicologica), solitamente la sofferenza causata dalle conseguenze dei loro comportamenti socialmente disadattivi è la ragione per cui richiedono un trattamento, piuttosto che per il disagio

associato ai loro pensieri e sentimenti. Pertanto, i medici devono inizialmente aiutare i pazienti a capire che i loro tratti di personalità sono la radice del problema. I disturbi di personalità solitamente iniziano a diventare evidenti durante la tarda adolescenza o all'inizio dell'età adulta, sebbene talvolta i segni appaiano più presto (durante l'infanzia). Le caratteristiche e i sintomi variano notevolmente nel periodo in cui permangono; molti si risolvono con il tempo. Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) elenca 10 tipi di disturbi di personalità, sebbene la maggior parte dei pazienti che soddisfa i criteri per un tipo soddisfa anche i criteri per altri. Il DSM-5 raggruppa i 10 tipi di disturbi di personalità in 3 clusters (A, B, e C), sulla base di caratteristiche simili:

- Il cluster A è caratterizzato dall'apparire strano o eccentrico.
- Il cluster B è caratterizzato da comportamenti drammatici, emotivi, o stravaganti
- Il cluster C è caratterizzato da comportamenti ansiosi o paurosi.

Secondo il DSM-5, i disturbi di personalità sono principalmente problemi con:

- Auto-identità
- Funzionamento interpersonale

I problemi legati all'auto-identità possono manifestarsi come un'immagine di sé instabile (p. es., persone che oscillano tra il vedere loro stesse come buone o come esseri crudeli) o come un'incoerenza nei valori, negli obiettivi, e nell'aspetto (p. es., persone profondamente religiose in chiesa, ma altrove irriverenti ed irrispettose). Il problema del funzionamento interpersonale in genere si manifesta come fallimento nello sviluppo o nel mantenimento di relazioni strette e/o con insensibilità nei confronti degli altri (p. es., incapacità di empatizzare).

Gli individui con disturbi di personalità spesso sembrano incoerenti, confusi e sono frustranti per coloro che li circondano (compresi i medici). Queste persone possono avere difficoltà a conoscere i confini tra loro stesse e gli altri. La loro autostima può essere eccessivamente elevata o bassa. Possono rivestire ruoli genitoriali incoerenti, distaccati, iperemotivi, abusanti, o irresponsabili, che possono indurre a sviluppare nel coniuge e/o nei loro figli problemi fisici e mentali. Le persone con disturbi di personalità possono non riconoscere di avere un problema.

1.3 Disturbo Borderline di Personalità

Il disturbo borderline di personalità è caratterizzato da una modalità pervasiva di instabilità e di ipersensibilità nei rapporti interpersonali, instabilità nell'immagine di sé, estreme fluttuazioni dell'umore, e impulsività. 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.

Le comorbidità sono complesse. I pazienti spesso presentano un certo numero di altri disturbi, in particolare depressione, disturbi d'ansia (p. es., disturbi di panico) e disturbo post traumatico da stress, come anche disturbi dell'alimentazione e disturbi da abuso di sostanze.

Quando i pazienti con disturbo borderline di personalità si sentono abbandonati o trascurati, provano intensa paura o rabbia. Per esempio, possono essere terrorizzati o furiosi quando qualcuno importante per loro ha pochi minuti di ritardo o annulla un impegno. Pensano che questo abbandono significa che essi sono cattivi. Essi temono l'abbandono in parte perché non vogliono essere soli. Questi pazienti tendono a cambiare la loro visione degli altri bruscamente e drammaticamente. Possono idealizzare un potenziale caregiver o amante nelle prime fasi del rapporto, chiedere di spendere un sacco di tempo insieme, e condividere tutto. Improvvisamente, possono sentire che la persona non si preoccupa abbastanza, e diventare disillusi; poi possono sminuire o arrabbiarsi con la persona. Questo passaggio dall'idealizzazione alla svalutazione riflette il modo di pensare in bianco e nero (splitting, la polarizzazione del bene e del male). I pazienti con disturbo borderline di personalità possono entrare in empatia e prendersi cura di una persona, ma solo se ritengono che un'altra persona sarà lì per loro in caso di necessità. I pazienti con questo disturbo hanno difficoltà a controllare la loro rabbia e spesso diventano inadeguati e intensamente arrabbiati. Essi possono esprimere la loro rabbia con pungente sarcasmo, amarezza o sfuriate, spesso rivolta ai loro caregiver o amanti per negligenza o abbandono. Dopo lo sfogo, spesso provano vergogna e si sentono in colpa, rafforzando la loro sensazione di essere cattivi. I pazienti con disturbo borderline di personalità possono anche bruscamente e drammaticamente cambiare la loro immagine di sé, come dimostrato da improvvisi cambiamenti nei loro obiettivi, valori, opinioni,

carriere, o amici. Essi possono essere bisognosi e il momento dopo arrabbiarsi legittimamente per essere stati maltrattati. Benché spesso si vedano cattivi, a volte provano la sensazione che non esistono affatto, p. es., quando non hanno qualcuno che si preoccupa per loro. Essi spesso provano un vuoto interiore. I cambiamenti di umore (p. es., intensa disforia, irritabilità, ansia) di solito durano solo poche ore e raramente durano più di un paio di giorni; essi possono riflettere l'estrema sensibilità alle sollecitazioni interpersonali nei pazienti con disturbo borderline di personalità. I pazienti con disturbo borderline di personalità spesso sabotano se stessi quando sono in procinto di raggiungere un obiettivo. Per esempio, possono lasciare gli studi poco prima della laurea, o possono rovinare una relazione promettente. L'impulsività che porta all'autolesionismo è comune. Questi pazienti possono scommettere, dedicarsi a rapporti sessuali non protetti, abbuffarsi, guidare incautamente, fare abuso di sostanze, o spendere troppo. I comportamenti suicidari, i gesti e le minacce e l'automutilazione (p. es., il taglio, la combustione) sono molto comuni. Anche se molti di questi atti autodistruttivi non sono destinati a porre fine alla vita, il rischio suicidario in questi pazienti è di 40 volte superiore a quello della popolazione generale. Circa l'8-10% di questi pazienti muore per suicidio. Questi atti autodistruttivi di solito sono innescati dal rifiuto, o dal possibile abbandono, o dalla delusione di un caregiver o un amante. I pazienti possono automutilarsi per compensare il loro essere cattivi o per riaffermare la loro capacità di provare qualcosa nel corso di un episodio dissociativo o per distrarsi da emozioni dolorose. Gli episodi dissociativi, i pensieri paranoici, e a volte i sintomi di tipo psicotico (p. es., allucinazioni, idee di riferimento) possono essere scatenati da stress estremi, di solito la paura dell'abbandono, reale o immaginaria. Questi sintomi sono temporanei e di solito non abbastanza gravi da essere considerati un disturbo separato. I sintomi diminuiscono nella maggior parte dei pazienti; il tasso di recidiva è basso. Tuttavia, lo stato funzionale di solito non migliora molto con i sintomi.

1.4 Diagnosi di disturbo borderline di personalità

Criteri clinici (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [DSM-5]) per una diagnosi di disturbo borderline di personalità, i pazienti devono avere un modello persistente di relazioni, immagine di sé, ed emozioni instabili (ossia,

disregolazione emozionale) e pronunciata impulsività. Questo modello persistente è mostrato da ≥ 5 dei seguenti:

- Sforzi disperati per evitare l'abbandono (reale o immaginario)
- Rapporti instabili e intensi che si alternano tra l'idealizzare e lo svalutare l'altra persona
- Un'immagine di sé o un senso di sé instabili
- Impulsività in ≥ 2 aree che potrebbero danneggiare loro stessi (p. es., il sesso non sicuro, le abbuffate, la guida spericolata)
- Ripetuti comportamenti e/o gesti o minacce suicidari o autolesionismo
- Rapidi cambiamenti di umore, di solito della durata solo di poche ore e raramente di più di un paio di giorni
- Persistenti sentimenti di vuoto
- Rabbia impropriamente intensa o problemi di controllo della rabbia
- Pensieri paranoici temporanei o gravi sintomi dissociativi innescati dallo stress.

Inoltre, i sintomi devono essere iniziati nella prima età adulta, ma possono presentarsi durante l'adolescenza.

1.5 Eziologia del disturbo borderline di personalità

Le cause del disturbo restano sostanzialmente sconosciute, non esistono dati certi anche se sono state sviluppate numerose teorie, alcune delle quali vengono considerate piuttosto attendibili. Vi sono evidenze che in alcuni soggetti possa essere coinvolta una componente genetica o altri fattori biologici. Per la maggior parte dei pazienti eventi stressanti durante la prima infanzia possono contribuire allo sviluppo del disturbo borderline di personalità. Un'anamnesi remota relativa all'età adolescenziale di abusi fisici e sessuali, di abbandono, di separazione dei genitori, e/o la perdita di un genitore è comune tra i pazienti con disturbo borderline di personalità. Alcune persone possono avere una tendenza genetica ad avere risposte patologiche alle condizioni ambientali stressanti, e il disturbo borderline di personalità sembra chiaramente avere una componente ereditaria. I parenti di primo grado di pazienti con disturbo borderline di personalità hanno cinque volte più probabilità di avere la malattia rispetto alla popolazione generale. I disturbi nelle funzioni di regolamentazione dei sistemi cerebrali

e neuropeptidi possono anche contribuire, ma non sono presenti in tutti i pazienti con disturbo borderline di personalità.

Secondo gli psicologi evoluzionisti alla base del disturbo vi sarebbe un tipo particolare di relazione che si instaura nella prima fase della vita tra il bambino e la figura che lo accudisce, in particolare essi parlano di “attaccamento disorganizzato”, intendendo con questo termine l'impossibilità da parte del bambino di farsi un'idea stabile di come “funziona” la figura accudente e in particolare della modalità di risposta ai segnali di richiesta di “cure” che il bambino istintivamente emette nel momento del bisogno (fame, bisogno di essere pulito, dolore, ecc.). Quello che manca nella relazione madre - figlio non è tanto la coerenza della risposta, quanto una sintonia tra il gesto e l'emozione ad esso associata, che il bambino percepisce soprattutto attraverso l'espressione del viso materno. Si tratta spesso di madri che pur accudendo normalmente il bambino sul piano materiale, sono turbate a livello emotivo per i motivi più disparati non riuscendo così a fornire quella “base sicura” di cui il bambino ha inevitabilmente bisogno.

Nell'analisi di questi pazienti risulta di fondamentale importanza la loro elaborazione concernente il trauma di base. Questa elaborazione avviene mediante tre dinamiche basilari:

- la scissione: è una dinamica intrapsichica che serve a sopportare il trauma; la rabbia non è rimossa ma viene coperta e gestita: questo spiega come essa può esplodere per situazioni contestuali diverse ed improvvise.
- la maschera: rappresenta la modalità comportamentale che copre la parte scissa del Sé, quella parte contenente gli aspetti ostili e distruttivi; essa genera poi la più immediata delle sensazioni nei confronti del borderline: quella della inautenticità. La maschera è il risultato della “indecifrabilità” del caregiver, cioè di quella incongruenza tra gli stati interni e le espressioni esternate dalla figura di accudimento. In questo dilemma il bambino può pensare all'altro come portatore di una maschera usata per nascondere il mondo interno. Di fronte a questa situazione, soprattutto se ripetuta nel tempo, il bambino tende a difendersi con una modalità imitativa (“anche io posso avere una maschera”), oppure può attuare una formazione difensiva primaria ed autonoma (“non posso far capire cosa sento. Quindi debbo assumere una maschera”). Comunque, con due meccanismi diversi

arriva a strutturare una sua maschera per nascondere i suoi stati affettivi che spesso, proprio a causa di questa dinamica, sono intrisi di ostilità.

- la tendenza a far impazzire l'altro: questa dinamica assolve due funzioni: da una parte vendicarsi per i torti subiti precedentemente, dall'altra liberarsi di proprie dimensioni negative.

Fin quando riesce a gestire la scissione, la maschera e l'attacco all'altro, il borderline si comporta come un "normotico", ovvero come una persona che, da chi la conosce superficialmente, viene definita persona normale ed a volte anche simpatica; di parere diverso sono invece le persone che intrattengono con lei, rapporti significativi ed emotivamente importanti. Solo quando non riesce più a gestire queste dinamiche, il borderline tende a chiedere aiuto: richiesta di aiuto che può avere i caratteri dell'urgenza e della drammaticità, perché egli intuisce il rischio di una rottura molto grave.

1.6 Trattamento terapeutico per il paziente borderline

Il trattamento del disturbo borderline di personalità avviene mediante: psicoterapia e farmaci. Il trattamento generale del disturbo borderline di personalità è lo stesso di quello per tutti i disturbi di personalità. L'identificazione e il trattamento dei disturbi coesistenti sono importanti per un trattamento efficace del disturbo borderline di personalità. Il principale trattamento per il disturbo borderline di personalità è la psicoterapia. Molti interventi psicoterapeutici sono efficaci nel ridurre i comportamenti suicidari, migliorare la depressione, e il funzionamento nei pazienti con questo disturbo.

La terapia cognitivo-comportamentale si focalizza sulla disregolazione emozionale e sulla mancanza di abilità sociali. Sono stati strutturati quattro modelli di trattamento psicoterapico:

1. Il modello basato sulla mentalizzazione: l'obiettivo è quello di aiutare il soggetto a comprendere i suoi pensieri e sentimenti circa se stesso e gli altri e il modo in cui questi influenzano i comportamenti e le reazioni proprie e altrui.
2. La psicoterapia basata sul transfert: in cui l'obiettivo della terapia è quello di aiutare il paziente a sviluppare immagini di se stesso e degli altri che siano multidimensionali, coese e integrate. Le tecniche utilizzate sono la chiarificazione, la confrontazione e l'interpretazione.

3. La terapia comportamentale dialettica: La DBT si basa sul modello dialettico o transazionale, che presuppone che individuo e ambiente si trovino in un rapporto di mutua e continua interazione, reciprocità e interdipendenza. Oltre a sottolineare la bidirezionalità delle reciproche influenze, il modello mette in evidenza la condizione di costante evoluzione e cambiamento del sistema individuo-ambiente. Il trattamento ha il suo fondamento nella teoria biosociale della personalità. La premessa fondamentale di questa teoria è che l'alterazione essenziale nel BPD risieda in una compromissione dell'attività funzionale dei sistemi di regolazione delle risposte emozionali. L'ipotesi è che i pazienti borderline siano individui emotivamente vulnerabili e incapaci di controllo sulla propria sfera emozionale a causa di una predisposizione biologica esacerbata da un ambiente invalidante, in cui la comunicazione delle proprie esperienze interne è seguita da risposte estreme, inappropriate o imprevedibilmente variabili. In altre parole, l'espressione dei propri stati interni non è riconosciuta, ma spesso punita o banalizzata.
4. Terapia focalizzata sullo schema: la SFT si fonda su tre concetti fondamentali: gli schemi, gli stili di coping e le modalità (mode). Alcuni schemi, che si sviluppano in seguito a un'esperienza negativa vissuta durante l'infanzia (schemi maladattivi precoci), sono all'origine di tratti di personalità patologica o di franchi disturbi di personalità, come il BPD. Con il termine "stile di coping disfunzionale", si indica la modalità con cui l'individuo cerca di far fronte a una minaccia, rimanendo intrappolato però nei propri schemi maladattivi. Per modalità o mode si intende l'insieme delle risposte di coping, sia adattive sia disfunzionali, e gli schemi attivi in un determinato momento. I pazienti borderline presentano un numero elevatissimo di schemi e una continua oscillazione di stati affettivi e risposte di coping differenti; inoltre non hanno nessuna possibilità di accedere ad altre modalità quando in loro si attiva uno specifico: le diverse modalità sono completamente dissociate le une dalle altre.

I farmaci, invece, funzionano meglio se usati con parsimonia e in modo sistematico per sintomi specifici. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina sono generalmente ben tollerati; la possibilità di un sovradosaggio letale è minimo. Tuttavia,

gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina sono solo marginalmente efficaci per la depressione e l'ansia nei pazienti con disturbo borderline di personalità.

I seguenti farmaci sono efficaci nel migliorare i sintomi del disturbo borderline di personalità:

- a) Stabilizzatori dell'umore: per la depressione, l'ansia, la labilità dell'umore, e l'impulsività
- b) Antipsicotici atipici (2a generazione): per l'ansia, la rabbia, la labilità dell'umore e i sintomi cognitivi, tra cui le distorsioni transitorie legate allo stress cognitivo (p. es., pensieri paranoici, pensiero in bianco e nero, grave disorganizzazione cognitiva)
- c) Le benzodiazepine e gli stimolanti non sono raccomandati perché la dipendenza, il sovradosaggio, la disinibizione e la deviazione su droga rappresentano dei rischi.

CAPITOLO 2.

2.1 La relazione terapeutica

La relazione interpersonale tra infermiere e paziente in ambito psichiatrico riveste il cuore della pratica assistenziale ed è uno degli strumenti più importanti disponibili per gli infermieri. La letteratura discute vari aspetti del significato di relazione terapeutica dal punto di vista degli infermieri e dei pazienti nella pratica clinica delle unità psichiatriche. La relazione terapeutica spesso viene definita anche come relazione d'aiuto, relazione infermiere – paziente, relazione di fiducia e alleanza terapeutica.

Il lavoro quotidiano in un contesto ospedaliero, per acuti, richiede che gli infermieri abbiano la capacità di gestire esperienze continuamente nuove e imprevedibili e sempre attraverso cure di alta qualità. I risultati riscontrati dagli studi identificano diverse modalità attuabili dall'infermiere nel contesto ospedaliero al fine di migliorare gli outcomes assistenziali. Questi comprendono approcci comportamentali con la persona assistita, profili relazionali secondo le necessità, le situazioni cliniche, la tipologia di popolazione e/o diagnosi, interventi organizzativi, implementazione di evidence, individuazione di fattori ostacolanti e costrutti basali dell'instaurazione della relazione terapeutica tra infermiere e paziente.

La relazione infermieristica è stata concettualizzata come "un processo interpersonale terapeutico significativo che funziona in cooperazione con altri processi umani che rendono possibile la salute per gli individui e le comunità" (Peplau, 1988). Gli infermieri ritengono che lo sviluppo dell'alleanza richieda una convergenza delle abilità professionali interpersonali con l'esperienza di vita personale (Scanlon, 2006) e i clienti lo considerano un sostegno vitale nella sua capacità di favorire la collaborazione e il senso di essere compresi (O'Brien, 2001). Emerso inizialmente all'interno della disciplina psicoanalitica e successivamente generalizzato a molteplici contesti terapeutici, il concetto di alleanza è stato definito come accordo su obiettivi, compiti e legame terapeutico tra terapeuta e paziente (Bordin, 1979).

Nel nursing si è andata via via acquisendo una maggior consapevolezza dell'importanza della comunicazione che per anni è stata considerata un processo "spontaneo", affidato alla sensibilità e alle capacità del singolo operatore sanitario.

Oggi tutto ciò non basta. Alle caratteristiche della persona si deve associare necessariamente la conoscenza delle tecniche di comunicazione. Quando si parla di comunicazione in campo sanitario non si parla di qualcosa che ha a che vedere con la gentilezza, il bon ton, ma ha che vedere con la professionalità profonda degli operatori sanitari, con il senso sociale e l'efficacia di cura del loro lavoro.

Considerare la competenza comunicativa come un proprio dovere professionale, dunque, cambia il volto professionale stesso degli infermieri, perché cambia il loro atteggiamento nei confronti dei pazienti.

L'ambito sanitario è uno di quelli in cui la relazione tra il malato e l'infermiere si presenta come una relazione d'aiuto: l'aiutante è chiamato ad essere esperto nell'offrire risorse, l'aiutato si trova in stato di bisogno e si rivolge alla struttura sanitaria per ricevere ausilio. La relazione tra i protagonisti si basa sull'offrire un aiuto qualificato.

L'assistenza infermieristica consiste nell'assumere come problema sanitario di propria competenza, non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona malata, considerata secondo una chiave di lettura olistica.

In tale ottica assume rilevanza la qualità della relazione e della comunicazione che si instaura tra il professionista e la persona assistita. L'infermiere, non limitandosi ad eseguire interventi tecnici, nel prendersi cura del malato svolge una funzione terapeutica

e supportiva attraverso il dialogo, con lo scopo di stabilire un'interazione efficace e personalizzata volta al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia e all'adattamento allo stress che ogni malattia o forma di disagio porta con sé.

La comunicazione è uno strumento consapevole attraverso cui gli operatori sanitari cercano l'empatia con l'assistito.

La comunicazione dà alla persona un senso di sicurezza rinforzando la sua percezione di non essere sola e di avere qualcuno che l'ascolti. Una comunicazione inadeguata, d'altro canto, può provocare frustrazione, collera, depressione e senso di isolamento. Per prevenire queste condizioni, la peculiarità dell'infermiere sta nel saper coinvolgere l'assistito in una relazione terapeutica che si fondi sulla fiducia e sull'empatia, che lo renda partecipe e riduca al minimo le reazioni avverse.

Per far ciò è necessario che l'infermiere senta che il proprio lavoro non sia solo una "miscela di tecniche da applicare al soggetto malato", ma un mix di abilità tecnico scientifiche, adottate per garantire la prestazione assistenziale, e di capacità relazionali che aiutino la persona a seguire il suo percorso di cura.

La comunicazione avviene attraverso tre canali:

- verbale
- non verbale
- paraverbale

Quando si parla di comunicazione verbale, ci si riferisce a quel tipo di comunicazione che utilizza il canale della "parola parlata". La comunicazione verbale implica la partecipazione dei meccanismi fisiologici e cognitivi necessari per la produzione e la ricezione del linguaggio.

Perché il linguaggio sia fruibile devono essere funzionanti tutti i meccanismi psicologici, cognitivi e neurofisiologici che rendono possibile il processo di formazione e d'ascolto della parola.

La comunicazione non verbale non è specifica dell'uomo, addirittura alcune forme di comunicazione presentano grande somiglianza tra l'uomo e altre specie di mammiferi, è legata alle emozioni, nasce dall'incontro faccia a faccia con i propri simili, il quale suscita emozioni diverse: paura, aggressività, ecc. Non c'è da stupirsi che anche nell'uomo la comunicazione non verbale sia presente e ricca di modalità espressive, volte a comunicare le emozioni e i sentimenti che gli altri ci suscitano. La comunicazione non verbale

esprime quei sentimenti e quelle emozioni che proviamo nella vita quotidiana che non sempre raggiungono il livello della coscienza. Si può affermare che essa esprima la parte più vera di ciascuno di noi nel rapporto sociale.

Per queste ragioni è importante che l'infermiere sappia cogliere la comunicazione non verbale. Da una buona capacità di lettura d'essa derivano preziose informazioni sul reale stato emotivo della persona con cui s'interagisce, in particolare quando essa non sa, non può o non osa esprimere il proprio reale sentire.

La comunicazione non verbale esprime stati emotivi che possono essere sconosciuti al paziente stesso. Inoltre, l'operatore sanitario deve essere il più possibile consapevole dei messaggi che egli stesso invia a livello non verbale: è su questi ultimi, assai più che su quelli verbali, che si gioca la relazione con il paziente. La componente relazionale dell'assistenza infermieristica è fondamentale per l'intero processo di cura.

Ci sono poi gesti che si modificano con l'evolversi dell'età dell'uomo. Un esempio è costituito dal mentire:

- il bambino che dice una bugia copre la bocca con le mani
- nell'adolescente il gesto cambia e la mano sfiora la bocca con le dita
- nell'adulto il gesto diventa più evoluto e raffinato e il mentire corrisponde allo sfioramento del naso

Anche il silenzio è una forma di comunicazione non verbale e alla luce di ciò l'infermiere dovrà analizzarne il significato in base al contesto e al soggetto che ha di fronte.

La comunicazione para-verbale consiste nell'utilizzo della voce: timbro, tono, pause e volume. Tale comunicazione è parte integrante del nostro modo di relazionarci con gli altri. Nel saper fare e nel saper essere dell'infermiere sono compresi i seguenti concetti:

- **Ascoltare:** il paziente deve trovare un ambiente accogliente, deve potersi esprimere con calma. Il messaggio inviato dall'infermiere capace di ascoltare è importante, poiché valorizza la centralità della persona che gli sta di fronte, del suo problema e la disponibilità nei suoi confronti.
- **Riaffermare:** l'infermiere comunica al paziente che lo sta ascoltando, mentre il paziente ha la possibilità di ripetere il messaggio ed eventualmente chiarirlo.
- **Rispecchiare:** rispecchiare valori e credenze ha lo scopo di aiutare il paziente ad analizzare i propri pensieri rispetto ad un problema; l'infermiere cerca di

trasmettere al paziente che le sue idee e i suoi problemi siano le sole cose che abbiano importanza in quel momento.

- Importante è che nel rapporto tra infermiere e paziente siano presenti alcuni elementi, quali:
 - fiducia: l'infermiere si deve impegnare a costruire un rapporto basato su questo sentimento, indispensabile per il benessere del paziente. È necessaria per una buona comunicazione e per la predisposizione all'ascolto;
 - empatia: l'infermiere deve addentrarsi nella vita del suo paziente, percepire i suoi sentimenti e restare obiettivo per poterlo aiutare a risolvere i suoi problemi.

Hildegarde Peplau, infermiera, descriveva l'assistenza come un processo interpersonale terapeutico che ha il compito di concorrere alla salute della collettività e dei singoli. Un processo inteso in questa maniera può contribuire allo sviluppo della personalità del paziente, a capirne la varietà dei problemi e a cercare una soluzione ad essi.

Possiamo capire che ogni movimento è come una parola, assume cioè un significato diverso a seconda dell'uso che se ne fa in una "frase", per cui nell'analizzare il gesto va tenuto presente soprattutto il contesto in cui si esplica.

Appare chiaro quanto la comunicazione in ambito sanitario rivesta un ruolo fondamentale e quanto gli infermieri abbiano la possibilità di rappresentare fattori di cambiamento importanti e di stabilire dei precedenti per una buona comunicazione, una buona relazione.

2.2 Fasi della relazione terapeutica

Secondo Peplau nel rapporto infermiere – paziente sono identificabili quattro fasi fondamentali, queste sono separate ma si sovrappongono e si verificano nel corso della relazione stessa.

Le fasi della relazione infermiera-paziente prevedono:

1. L'orientamento, cioè la fase di definizione del problema. La persona evidenzia un bisogno e cerca l'assistenza di un professionista per risolverlo. L'infermiere aiuta il paziente a riconoscere il suo problema e stabilisce una relazione di aiuto.

2. L' identificazione, vale a dire la selezione della appropriata assistenza professionale. Il paziente si identifica con coloro che possono aiutarlo; l'infermiere consente l'esplorazione dei sentimenti per aiutare il paziente; il paziente risponde selettivamente alle persone che possono soddisfare i suoi bisogni di assistenza.
3. L'utilizzazione, cioè l'uso dell'assistenza professionale per le alternative atte a risolvere il problema. Il paziente cerca di trarre il massimo da quanto gli viene offerto, e si stabiliscono obiettivi da raggiungere sempre nuovi e adatti alla situazione.
4. La risoluzione o conclusione del rapporto professionale. Dopo aver soddisfatto i bisogni del paziente, la relazione terapeutica deve cessare e si devono sciogliere i legami tra i due protagonisti.

Peplau enfatizza l'importanza che l'infermiere mantenga un comportamento oggettivo e neutrale nella relazione con il paziente per evitare lo sviluppo di pregiudizi. Enfatizza il fatto che la relazione esiste primariamente per rispondere ai bisogni dei pazienti e non a quelli dell'infermiere, tale variazione segna una svolta rispetto al nucleo centrale originale in cui veniva focalizzata la relazione di scambio reciproco che diventa ora più una relazione finalizzata dall'infermiere al paziente. La concezione della Peplau prevede un'assistenza infermieristica basata sulle esigenze psicologiche di ciascun paziente, la relazione infermiere – paziente è fondata sulla professionalità e sulla competenza.

2.3 Alleanza terapeutica

Il personale infermieristico è il fulcro della professione di assistenza e al centro del loro ruolo è lo sviluppo di relazioni efficaci con le persone che supportano (Hoeve et al., 2014; Zugai et al., 2015). La relazione infermieristica è stata concettualizzata come "un processo interpersonale terapeutico significativo che funziona in cooperazione con altri processi umani che rendono possibile la salute per gli individui e le comunità" (Peplau, 1988). Questa alleanza terapeutica – la relazione che collega il professionista e l'utente del servizio – è tra un essere umano e l'altro, con un'unicità di ciascuna diade (Forchuk, 1995), che quindi richiede sforzi rinnovati ad ogni nuovo accoppiamento. Gli infermieri ritengono che lo sviluppo dell'alleanza richieda una convergenza delle abilità professionali interpersonali con l'esperienza di vita personale (Scanlon, 2006) e i clienti

lo considerano un sostegno vitale nella sua capacità di favorire la collaborazione e il senso di essere compresi (O'Brien, 2001). Il concetto ha recentemente goduto di una rinnovata attenzione, con un'enfasi sui modelli di consumo che incoraggiano il recupero personale assistito dall'alleanza terapeutica (Zugai et al., 2015) che ha il maggiore impatto sui risultati del trattamento per le persone con difficoltà di salute mentale, al di là della specifica modalità o modello di intervento fornito (Duncan et al., 2010; Martin et al., 2000; Messer e Wampold, 2002; Priebe e McCabe, 2006; Wampold, 2001). Emerso inizialmente all'interno della disciplina psicoanalitica e successivamente generalizzato a molteplici contesti terapeutici, il concetto di alleanza è stato definito come accordo su obiettivi, compiti e legame terapeutico tra terapeuta e cliente (Bordin, 1979). Una fase fondamentale del processo di assistenza è la presa in carico in cui si conosce direttamente la persona e l'ambiente fisico e socio familiare in cui vive; si mettono le basi per costruire un rapporto di fiducia, una "alleanza assistenziale", fra infermiere e assistito, fra l'equipe, la persona e la sua famiglia. La presa in carico della persona è globale, si prendono in considerazione non soltanto i problemi fisici ma anche quelli psicologici, sociali, familiari e ambientali. Essa necessita di un'interazione tra professionista e assistito, attuazione di una pianificazione dell'assistenza, educazione della persona e dei suoi familiari, individuazione e attivazione delle risorse familiari e no. Nella moderna accezione di assistenza infermieristica, la funzione assistenziale e la funzione educativa sono strettamente collegati e dipendenti l'una dall'altra, in quanto la persona ha diritto a ricevere, accanto alle prestazioni assistenziali, anche un'educazione alla conoscenza e alla modalità di soluzione dei problemi di salute, in modo da arrivare quanto prima ad una autonoma gestione degli stessi. Educare l'assistito, quindi, vuol dire far emergere quelle risorse personale e familiari, che non sapeva neppure di possedere, renderlo consapevole, autonomo, aiutarlo a trasformare la realtà in cui vive, aiutarlo ad adattarsi ad un nuovo stile di vita necessario per convivere con la malattia che spesso ha un andamento cronico. Importante, quindi, da parte dell'infermiere promuovere un'assistenza adeguata e un'educazione mirata a carico dei familiari per promuovere comportamenti adeguati e che limitano anche l'affaticamento della persona che si fa carico dell'assistenza (caregiver).

L'educazione assistenziale non è solo comunicazione pura e semplice delle informazioni necessarie per la comprensione della malattia e l'esecuzione di azioni preventive e delle

prescrizioni, ma è un difficile processo formativo che deve saper indurre nell'assistito un atteggiamento relazionale collaborativo e motivato, che deve incitare la persona ad usare le sue conoscenze, abilità e competenze per riuscire ad autogestirsi.

La non accettazione della patologia e la mancata ricerca da parte del sanitario di una relazione di fiducia, influisce sul rifiuto da parte dell'assistito di collaborare ed apprendere le indicazioni che l'infermiere elargisce per l'autocura della persona.

Anche se le competenze per assistere un malato si sono diluite nel tempo, il desiderio di prendersi cura di un congiunto è rimasto sempre forte nelle persone. Questa dissonanza tra desiderio di partecipare alla gestione della malattia del proprio congiunto e l'incapacità di poterlo realmente fare, per mancanza di conoscenze e abilità di base, è la maggior fonte di stress per il familiare che si prende cura di un'altra persona.

Purtroppo, di solito, si prende atto di queste carenze assistenziali davanti al fatto compiuto, cioè quando un familiare si ammala (spesso con rapido declino delle capacità fisiche e psichiche); al contrario, quando tutti i componenti di una famiglia sono in salute, si pensa erroneamente che alcuni comportamenti assistenziali, quali muovere, lavare, imboccare, siano quasi innati. Importante risulta per la presa in carico, la ricerca di un'alleanza assistenziale rivolta non solo alla persona assistita, ma soprattutto per la ricerca di una cooperazione con i familiari.

Lo scopo principale della ricerca di un'alleanza assistenziale con la persona e la famiglia è:

- Sostenere e mantenere l'autonomia: per mantenere l'indipendenza funzionale, non sostituendosi alla persona ma educandola ed aiutandola a sviluppare le proprie risorse,
- Evitare conflitti ma favorire il confronto e l'elaborazione di esperienze,
- Costituzione di un ambiente protesico: creando un ambiente adatto alle esigenze e bisogni dell'assistito,
- Proporre compiti semplici e reali,
- Mantenere un contatto con i familiari e fornirgli sostegno in modo da favorire l'aumento dell'autostima e la diminuzione del senso di impotenza, evitando risposte inefficaci dei familiari verso il proprio caro, e ambiente inefficace, migliorando la qualità di vita.

Il raggiungimento di un'alleanza assistenziale permette l'attuazione di un "total care" della persona. L'alleanza rappresenta un rapporto collaborativo e si stabilisce tra assistito e infermiere, ovvero si crea una dimensione interattiva, riferita alla capacità di entrambi di sviluppare una relazione basata su fiducia, rispetto, collaborazione al lavoro comune. In definitiva questo permette anche di effettuare una miglior educazione dell'assistito, guidandolo anche nello sviluppo delle proprie potenzialità, e delle capacità residue (capacità rimaste integre successivamente all'esito di una malattia).

CAPITOLO 3.

3.1 Comportamenti caratteristici del paziente borderline che incidono sulla relazione terapeutica.

I pazienti borderline sono da lungo tempo considerati una sfida davvero straordinaria per chi li ha in cura. Uno dei motivi principali delle difficoltà terapeutiche riscontrate è dato dalla ripetizione dei modelli relazionali stabiliti nell'infanzia e ricreati nella situazione terapeutica. Queste rappresentazioni interne sono attribuite in modo caratteristico a coloro con i quali creano delle relazioni di attaccamento: familiari, curanti, amici, amanti ecc. La sfida terapeutica è determinata dall'instabilità del disturbo borderline di personalità (DBP), che è di natura affettiva, relazionale e comportamentale e che implica numerose criticità e difficoltà nei trattamenti. Riproducendo, infatti, schemi relazionali disfunzionali acquisiti nell'infanzia, la psicoterapia sollecita e disvela i nuclei psicopatologici del disturbo borderline.

Ci sono in particolare degli "atteggiamenti", caratteristici dei pazienti che soffrono di disturbo borderline di personalità, che tendono a verificarsi nei confronti delle persone con la quale instaurano una relazione, compresi gli operatori con la quale instaurano una relazione di tipo terapeutico.

Uno di questi comportamenti molto comuni è la tendenza ad atti suicidari. Convivere con la consapevolezza di un tale rischio è una situazione emotivamente gravosa per l'operatore, che deve essere formato e preparato a gestirlo. Esso si configura, infatti, come un terzo elemento intrinseco alla diade terapeutica. Il suicidio o il gesto suicidario possono avere ulteriori valenze oltre a quella esplicita del porre termine alla propria vita. Fine e Sansone³ evidenziano come in certi casi esso possa essere una strategia di coping paradossalmente adattiva: «Quando non si ha potere sulla propria vita, sapere di poter

scegliere di morire consente di sopravvivere». Gli autori parlano di “bisogno” del paziente borderline di “essere un suicida” e suggeriscono cautela nel voler “rimuovere” un meccanismo che a tratti risulta protettivo. Nell’atto suicida inoltre possono riscontrarsi spesso valenze comunicative, lasciate altrimenti inesprese, e intenti manipolativi.

Un ulteriore elemento possono essere le condotte auto-eteroaggressive.

Le condotte autolesive rappresentano uno dei sintomi più caratteristici e più frequenti (69-80%) della patologia borderline. Si differenzia dal gesto suicidario per la finalità. Tagliarsi, provocarsi bruciate o lesioni agli arti superiori e inferiori sono stili comportamentali ricorrenti che assolvono a precise funzioni di regolazione emotiva, evidentemente disadattive. Tali condotte possono da un lato incrementare il rischio di suicidio involontario, dall’altro possono essere considerate gesti parasuicidari cronici che, allentando la tensione interna del paziente, prevengono veri e propri atti suicidari. Per i pazienti borderline il dolore psichico è insopportabile, prima che incomunicabile: pertanto l’atto autolesivo rende non solo visibile, ma anche sopportabile la sofferenza emotiva. Infatti, alla condotta autolesiva segue spesso uno stato di sollievo e benessere. Essa ha in sé anche valenze dissociative: interrompe stati di anestesia emotiva, sentimenti di vuoto, talvolta è descritta come un “tornare a sentire” e nello stesso tempo consente di dissociare dall’esperienza cosciente e narrabile un’emozione molto dolorosa, che rimane pertanto non integrata.

Possiamo trovarci di fronte anche ad atteggiamenti controtransferali.

Si può affermare che l’operatore viene contagiato dall’esperienza emotiva del paziente. Avviene infatti una sorta di identificazione emotiva attraverso la quale egli giunge a sentire ciò che prova il paziente: la sua rabbia, il suo terrore, il suo sconforto. L’operatore, infatti, può identificarsi alternativamente con il ruolo di vittima vissuto dal paziente, sperimentandone l’impotenza, oppure con il ruolo dell’aggressore, sviluppando, anche come conseguenza dell’aggressività, della scissione e dell’identificazione proiettiva del paziente, sentimenti di ostilità. Nel primo caso l’operatore prova l’impotenza della vittima: egli tenderà pertanto a sottostimare le proprie conoscenze e le proprie competenze e a perdere di vista le risorse del paziente. Il risultato è inevitabilmente una progressiva svalutazione delle potenzialità del rapporto terapeutico. Da tali sentimenti il clinico si difende assumendo il ruolo di salvatore, eccedendo nell’accudimento e passando frequentemente all’atto. La pericolosità di questi atteggiamenti salvifici risiede

nel fatto che essi colludono con un disperato bisogno del paziente di trovare una figura salvifica (transfert traumatico) che lo metta al riparo dal terrore sperimentato durante l'infanzia. Nella ricerca di questa figura il paziente sperimenta il suo deficit relazionale dato dal bisogno di affidarsi in contrapposizione con l'incapacità di fidarsi. Transfert e controtransfert convergono pertanto nel generare reciproche aspettative irrealistiche, che saranno puntualmente deluse e che apriranno la strada alla scissione, contribuendo a determinare la fragilità dell'alleanza terapeutica. Inoltre, l'atteggiamento paternalistico e protettivo dell'operatore costituisce una conferma implicita dell'incapacità del paziente di provvedere a sé e, oltre a perpetuare il transfert traumatico, inibisce lo sviluppo delle capacità di empowerment.

Da quanto detto emerge chiaramente che l'operatore non può affrontare correttamente la gestione di tali pazienti da solo. La rete di supporto professionale e la supervisione sono fondamentali affinché egli possa utilizzare il controtransfert come strumento al servizio della terapia, evitando di ricorrere a disinvestimenti affettivi o di assumere inadeguati e pericolosi ruoli salvifici. L'operatore, che si trova per certi aspetti nei panni di un testimone, deve riuscire a mantenere un atteggiamento di neutralità, utilizzando le proprie emozioni come strumento di conoscenza del mondo interno del paziente, come se esse ne rappresentassero uno specchio.

Poiché transfert e controtransfert sono componenti essenziali e inevitabili della relazione, risultano necessarie regole e limiti, che tutelino il ruolo di paziente e terapeuta all'interno del contratto terapeutico.

Transfert e controtransfert possono attivare il sistema motivazionale dell'attaccamento, comportando il desiderio di cercare o fornire accudimento. Tuttavia, non è all'interno di una relazione di accudimento che si sviluppa il processo della psicoterapia. Esso, infatti, costituisce il risultato di un impegno esistenziale, preso da due persone che hanno ruoli specifici e complementari, unite da un obiettivo comune verso il quale sono entrambe responsabili. Tali caratteristiche possono essere ricondotte al sistema motivazionale della cooperazione.

La chiarezza dei limiti non esclude, anzi richiede, un certo grado di flessibilità. Pur all'interno di setting precisi e definiti, il paziente borderline, infatti, spesso sperimenta zone di ambiguità, che per essere tollerate e superate necessitano di elasticità.

La rilevanza dei confini terapeutici non deriva solo dalla necessità di proteggere il setting, ma anche dal processo attraverso il quale essi vengono definiti. Non si tratta di un'austera imposizione, ma di una continua e dinamica negoziazione, a cui il paziente partecipa attivamente nell'ottica del raggiungimento dell'empowerment.

3.2 La manipolazione nella relazione terapeutica

Molto frequentemente il paziente borderline per via di questi comportamenti pericolosi per la sua indennità fisica viene accusato di manipolare chi gli sta attorno (familiari, amici, sanitari, ...) avendo il fine di raggiungere i suoi scopi; in sostanza viene accusato di utilizzare la minaccia di suicidio, ad esempio, per ricattare emotivamente chi si trova di fronte. Attenzione, a primo impatto potrebbe sembrare un'affermazione corretta, ma vedendo la situazione dalla prospettiva del borderline non si tratta di manipolazione, ma di sopravvivenza.

La manipolazione psicologica è un tipo di influenza sociale finalizzata a cambiare la percezione o il comportamento degli altri usando schemi e metodi subdoli e ingannevoli che possono anche sfociare nell'abuso sia psicologico che fisico. Il fine ultimo perseguito dal manipolatore è la soddisfazione dei propri interessi, di norma a spese degli altri.

Il soggetto borderline soffre di un tipo di disturbo che rende la percezione della sua identità estremamente nebulosa e che, di conseguenza, ha anche una percezione piuttosto limitata dei suoi bisogni e di come soddisfarli.

Il sentimento che più di tutti lo fa reagire è quello del vuoto, che potrebbe essere spiegato come una sorta di alienazione, la sensazione di non sapere chi si è e cosa si stia facendo nella e della propria vita. Quando si trovano in piena crisi o sentono di essere vicini a perdere il controllo cercano di coinvolgere chi si trovano più vicino (cioè le persone con le quali sentono di avere un legame più profondo e riconoscibile) tentando di colmare quel vuoto percepito anche se non sanno esattamente come fare.

Detto questo ogni soggetto tenderà a cercare una soluzione alla propria sofferenza interiore assecondando il proprio temperamento e le proprie attitudini. Rivolgeranno la loro aggressività verso di sé, qualcuno lo farà verso gli oggetti, qualcun'altro verso gli altri soprattutto verbalmente, eventualmente anche in senso fisico. Per un borderline è molto frustrante non riuscire a spiegare quello che prova e se si sente giudicato – basta

anche il suo stesso giudizio – il livello di stress lo porta a reagire violentemente. Non c'è nulla di premeditato, è una questione di sopravvivenza.

Questo significa che quando parte la spirale della crisi il soggetto non riesce più ad avere il controllo di quello che prova non può spiegarselo, anzi è totalmente fuori controllo. In queste occasioni spesso telefona alle persone più strette minacciando di farsi del male o il suicidio o urlando la loro rabbia. Molto spesso, infatti, questo comportamento viene definito come manipolativo, un'interpretazione fonte di un forte senso di invalidazione e aumenta la loro sensazione di essere fraintesi. I numerosi comportamenti suicidari e le minacce di suicidio sono reazioni estreme alla critica e il rifiuto, e l'incapacità di questi individui di spiegare quale sia la causa di questo sentire, influenza direttamente il loro comportamento e fa in modo che le altre persone si sentano manipolate. Per imputare un intento manipolatore a uno o più comportamenti, anche se fanno sentire gli manipolati – è semplicemente un errore di logica.

Il fatto che ci si senta manipolati da un comportamento non vuol dire che l'altro ci stia davvero manipolando.

RISULTATI

Per la realizzazione di questa revisione narrativa sono stati utilizzati diversi articoli, alcuni che si riferivano in modo più specifico al paziente e altri all'infermiere, ma tutti ruotavano attorno al concetto di assistenza e al concetto di relazione terapeutica tra infermiere e paziente. Si è giunti alla conclusione che la relazione terapeutica è alla base di un'assistenza infermieristica efficace e mirata, e che l'infermiere, essendo la figura che in molti contesti passa molto tempo a contatto con il paziente, ha un ruolo fondamentale in quest'ultima. Motivo per la quale è molto importante che egli sappia approcciarsi nel modo corretto con pazienti borderline, visto l'elevato rischio di cadere in errori, anche banali, che possono andare a compromettere il processo assistenziale.

In questa revisione possiamo, quindi, trovare come dovrebbe essere un'assistenza infermieristica su misura per un paziente borderline, come un infermiere dovrebbe agire e a cosa deve prestare attenzione quando ha a che fare con questi pazienti.

CAPITOLO 4.

4.1 Assistenza al paziente con disturbo borderline di personalità

Nei capitoli precedenti è stato fatto un excursus generale di tutto quello che ruota attorno ad una diagnosi di disturbo borderline di personalità: dalla definizione stessa del disturbo, alla diagnosi, alla terapia, alla relazione con l'infermiere. Tutto ciò permetterà ora di discutere del vero fulcro di questa revisione letteraria. Nel capitolo precedente sono stati sviscerati uno ad uno i comportamenti del paziente borderline che tendono a compromettere la relazione terapeutica e a sua volta l'assistenza che dovrebbe essere fornita a questi pazienti, in questo capitolo, invece, si descriverà come ottimizzare al meglio l'assistenza nei confronti di questi soggetti.

Gli infermieri che lavorano a contatto con persone che soffrono del disturbo borderline si trovano ad avere a che fare con persone che hanno continui sbalzi d'umore, passano dall'amare l'altro ad odiarlo, dalla gioia alla frustrazione, dalla fiducia alla piena sfiducia nei confronti di chi si presta a fornire un supporto. Si rivelano spesso abili nel cogliere nel prossimo le fragilità meglio di chiunque altro e quando si sentono minacciati sfruttano i punti deboli delle persone creando un senso di paura volto ad allontanare chi si è incaricato di far loro assistenza. Sono considerati dalla stragrande maggioranza dei professionisti sanitari le persone più difficili da gestire a livello infermieristico. Inoltre, nonostante programmi di riabilitazione personificati che mostrano miglioramenti a livello clinico, accade spesso che il percorso sia interrotto da fasi di crisi in cui l'assistito viene colto da un senso di sfiducia che lo porta a rifiutare la terapia e qualunque approccio di tipo relazionale.

L'assistenza al paziente inizia con l'ascolto attivo, con un'attenta osservazione e si analizza poi tutto ciò che è attorno al paziente. Per esempio, va osservata la sua modalità di ricercare l'attenzione da parte degli operatori, così come pure la modalità con cui indirizza le proprie richieste verso il personale. Non di meno è fondamentale osservare in questa tipologia di utenti, il tipo di relazione che si instaura con altri utenti, magari dello stesso reparto o presenti nella stessa struttura. Lo strumento principale per poter valutare, in questo ambito molto particolare, è la relazione tra operatore e paziente che viene utilizzata come strumento terapeutico da tutti i professionisti che fanno parte dell'equipe; per questo risulta necessario accogliere e sostenere il paziente (funzione di accoglienza).

Per esempio: in un momento di disagio per l'utente, gli infermieri devono accogliere i bisogni del paziente sostenendolo e consigliandole possibili strategie per offrire un benessere psico-fisico; questo ci conferma che dobbiamo "esserci" (funzione di oggetto inanimato), quindi dobbiamo essere presenti con il paziente, anche stando, ad esempio, in silenzio. A differenza dei medici, gli infermieri, dai pazienti con disturbo di personalità borderline, vengono visti molto più vicini a loro e molto spesso, questi ultimi, considerano gli infermieri come degli intermediari (funzione di intermediario). Quest'ultima si ha, ad esempio, quando il paziente riferisce determinate idee all'infermiere che non riesce ad esprimere con il medico in quanto questo le crea, molto spesso, timore dato che viene visto come una persona con più poteri. Ciò non accade con gli infermieri (funzione di oggetto meno qualificato) in quanto, i pazienti, li vedono come persone più vicino a loro.

La relazione terapeutica tra utente e infermiere, che avviene fin dal primo istante dell'incontro e che dovrà divenire sempre più solida rispettando, in particolare, tre tempi che riguardano: il colloquio, la raccolta anamnestica e l'osservazione del paziente. In generale, i pazienti con un disturbo di personalità, in particolare con disturbo di personalità borderline, sono considerati difficili; questo succede non solo per gli aspetti clinici che caratterizzano la patologia e/o l'autolesionismo, ma anche per le dinamiche che si creano, si percepiscono e si vivono all'interno dell'equipe professionale. In quest'ultima, i pazienti con disturbo di personalità borderline suscitano emozioni contraddittorie e intense in ogni professionista creando così degli ostacoli che non danno la possibilità di offrire un trattamento appropriato alla persona con una conseguente limitazione nella fiducia che porta il professionista in un vortice di emozioni difficili da controllare (Secchiaroli, 2009).

La costruzione di un rapporto tra infermiere e paziente nell'infermieristica è un punto fondamentale e non è un evento che capita facilmente, ma richiede molte abilità, non è un evento istintivo costruire una relazione, ma richiede una grande presenza che non permette di farsi scivolare via le emozioni che proviamo o lasciarsi alle spalle una situazione cercando di "sparire" (Berg e Hallberg, 2000). Per questo si richiede agli infermieri la capacità di gestire esperienze nuove e soprattutto imprevedibili e questo richiede competenze specialistiche per sviluppare e mantenere determinate abilità (Berg & Hallberg, 2000). Un elemento fondamentale per poter sviluppare la relazione

terapeutica è la comprensione in quanto, quest'ultima, infonde ai pazienti un senso di importanza, un senso molto significativo per il paziente con disturbo psichiatrico in quanto loro stessi si ritrovano a vivere in una società che a causa della loro malattia mentale li emargina stigmatizzandoli (Berg & Hallberg, 2000).

Oltre alla comprensione, risulta fondamentale anche l'ascolto attivo che permette di dare al paziente la sicurezza che davanti a lui ha un professionista che non solo ascolta, ma è anche attento e interessato portando così il paziente a sentirsi compreso (Invernizzi, 2006).

Inoltre, l'infermiere di salute mentale deve trattare ogni singola esperienza che accomuna il singolo paziente e non fermarsi davanti a ciò che vede per poter comprendere a pieno il comportamento e acquisire una conoscenza approfondita tenendo conto che ci vorrà del tempo. Ogni singola esperienza che possiede il paziente, l'infermiere deve rispettarla e ritenerla un "dono" per la relazione, senza giudicare o sminuire ciò che viene detto dalla persona e semmai, incoraggiare (Berg & Hallberg, 2000).

L'assistenza che si offre al paziente dev'essere mediata dalla conoscenza che abbiamo di esso; per poter ottenere la conoscenza, in primis, l'infermiere deve vedere i pazienti come singole persone con una vita, andando oltre la loro malattia mentale e facendo questo potremmo far sentire i pazienti apprezzati e rispettati (Berg & Hallberg, 2000).

O'Brien (2009) in un suo studio, afferma l'importanza della figura infermieristica e non come responsabile della malattia, ma bensì come supporto al paziente per gestire la propria vita nonostante la patologia. Per poter far evolvere la relazione terapeutica tra l'infermiere e il paziente, quest'ultimo deve sentirsi al sicuro e a proprio agio, anche attraverso l'ambiente che dev'essere accogliente e favorevole; per poter far sentire a proprio agio il paziente, l'infermiere fornisce supporto, rassicurazione, suggerimenti, feedback o semplicemente svolgere alcune attività di vita quotidiana con il paziente, come portare il paziente a fare spesa o condividere un caffè (O'Brien, 2009). Costruendo la relazione con il paziente affetto da disturbo borderline di personalità, si va incontro anche a diverse sfide, che molto spesso, vista la complessità del paziente, portano ad una scissione dell'equipe (O'Brien, 2009). Ciò avviene in quanto il paziente con disturbo borderline, molto frequentemente manifesta un particolare meccanismo di difesa, ovvero quello della scissione, manifestandolo attraverso la sua incapacità di accettare e integrare i sentimenti positivi e negativi (Townsend, 2009). Proprio per questo, durante il percorso

di cura, il paziente può reputare o “buone” o “cattive” le persone accanto a lui, come i curanti (Townsend, 2009); quindi questo, può portare il paziente ad idealizzare un curante facendolo sentire importante, ma in un secondo momento potrebbe manifestare il comportamento opposto, quindi inizia a svalutare il curante, manifestando, come spesso succede, aggressività e violenza verbale (Drigo et al., 1993). È proprio questo comportamento e meccanismo di difesa che mette in atto il paziente nei confronti dei curanti che crea una modificazione e scissione dell’equipe, in quanto quest’ultimo categorizza gli infermieri in bravi e cattivi rimproverando questi e dando sfogo al loro disagio (Townsend, 2009).

Nei borderline le emozioni sono a “fior di pelle” e portano a fior di pelle anche le emozioni di coloro che vi si rapportano, quindi, nella relazione di cura con la persona affetta da disturbo borderline, sia l’assistito che l’operatore avranno le emozioni a fior di pelle: partendo da questo presupposto, le Linee Guida dell’American Psychiatric Association (2001) alludono a un’ulteriore complicazione che sopravviene nel trattamento: l’irritazione, la disforia, la rabbia diffondono da uno all’altro dei membri della coppia, come per contagio. Gli operatori, relazionandosi con le persone affette da disturbo borderline, si sentono messi in discussione non solo dal punto di vista professionale, ma anche come persone; si avrà quindi un coinvolgimento emozionale in cui l’operatore si sentirà trascinato, manipolato, provocato, maltrattato, arrabbiato. È impossibile prendersi cura di una persona con disturbo borderline senza arrabbiarsi con lui, il rischio sta nel lasciarsi prendere dalla rabbia e perdere di vista la cura. La rabbia del clinico segue un andamento accessuale e si associa all’individuazione di quelle caratteristiche della persona assistita che rendono difficile o addirittura impossibile il mantenimento della relazione. L’assistito risulta essere un soggetto minaccioso, un paziente difficile che non rispetta i confini. Rispetto a quanto appena detto, un recente studio ha riscontrato la presenza di alcune considerazioni per l’erogazione di una buona pratica. Dallo studio è stato possibile ricavare quattro possibili atteggiamenti ritenuti positivi da entrambe le parti: comunicare apertamente con il paziente, coinvolgere i pazienti nelle decisioni, che vi sia supporto reciproco e conferire dei ruoli a ciascun paziente.

- Comunicazione Aperta: Tre pazienti della comunità furono eletti come rappresentanti da dei loro pari al fine di poter mantenere contatti più stretti con

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

- Coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni: Secondo gli operatori l'attività più complessa consisteva nel saper gestire il dialogo con i pazienti, ma allo stesso tempo esso veniva visto in modo unanime come un fondamentale mezzo per ripristinare l'equilibrio nel caso i pazienti avesse manifestato atteggiamenti negativi ("è grazie al dialogo che molto potrebbe essere disinnescato o contenuto"). Si accompagnava dunque il paziente verso un processo di responsabilizzazione nella gestione del proprio trattamento.
- Supportare tra i pari: I vari utenti della comunità erano spinti ad aiutarsi in modo reciproco in quanto lo staff considerava questo aspetto come propedeutico a una buona pratica. Alcuni intervistati hanno dichiarato di essere riamasti stupiti nel vedere i pazienti aiutarsi all'interno della comunità rivelando che assistere a tali atteggiamenti permetteva loro di capire meglio la "vera personalità nel disturbo di personalità". Le difficoltà comunque sono emerse in entrambe le parti: l'infermiere doveva, in modo controllato, ridurre parzialmente le sue attività incentivando i pazienti a sfruttare tutte le loro risorse nell'interesse collettività.
- Definizione di ruoli: Si usava definire dei ruoli tra i pazienti all'interno della comunità e dei gruppi in modo da portare i pazienti a focalizzarsi su determinate attività. In questo modo era possibile che emergessero le problematiche sociali del paziente che solitamente potevano rimanere nascoste in un contesto dove il paziente era solito non esporsi. Lo staff chiarì poi che l'assistere direttamente alle varie difficoltà interpersonali del paziente ti dava una "finestra" in grado far comprendere meglio anche le esperienze vissute in passato permettendo di percepire l'utente come individuo e non solo come malattia: le testimonianze definivano infatti il paziente più "autentico" e più "vero" (Bowen, 2013).

Questi elencati sono interventi che se devono essere attuati dall'infermiere o interventi dove quest'ultimo deve indirizzare e sostenere il paziente nel metterli in atto.

CONCLUSIONI

Il disturbo borderline di personalità viene definito una continua sfida dagli studiosi, per la sua complessità e per la complessità dei sintomi che comporta.

Questa revisione ha dimostrato che la maggior parte dei pazienti che soffrono di questo disturbo, per via della loro percezione amplificata delle emozioni, hanno un modo non comune di gestire quello che provano, dando così vita a delle reazioni esagerate, provocatorie e tal volta aggressive, oppure cercano la fuga in gesti suicidari o autolesionistici.

Considerando che i casi di diagnosi di disturbo borderline sono in aumento, si rende sempre più necessaria la preparazione sia del personale infermieristico che si deve interfacciare a soggetti con questo disturbo, sia di tutti coloro che sono indirettamente collegati ad essi.

In questa revisione sono contenute importanti informazioni sul disturbo borderline di personalità, informazioni che ogni infermiere dovrebbe conoscere per non farsi cogliere impreparato nel caso in cui gli capiti di dover avere a che fare con un borderline.

Si è arrivati alla conclusione che ai comportamenti del borderline susseguano diverse difficoltà: la difficoltà di instaurazione di una corretta ed efficace relazione terapeutica, la probabilità che il rapporto con il paziente superi quelli che dovrebbero essere dei limiti invalicabili del rapporto infermiere – paziente, il rischio di divisione all'interno del gruppo di equipe e il rischio che l'infermiere si ritrovi troppo coinvolto nel rapporto con il paziente.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association, (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 158, 2001, 1- 52.

Bateman A, Fonagy P. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press 2004. Tr. it.: *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente border- line*. Milano: Cortina.

Benedetto A.M., Cotugno A., (2000). *Il Paziente Borderline*, Milano Franco Angeli.

Bowlby J. (1989). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Book. Tr. it.: *Una base sicura*. Milano: Cortina.

Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F. (2011) *Psychotherapy for borderline personality focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. Tr. it.: *Psicoterapia psicodinamica dei disturbi di personalità: un approccio basato sulle relazioni oggettuali*. Roma: Fioriti.

Dimaggio G.; Semerari A. (2007). *I disturbi di Personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali.*; Laterza.

Fine M.A., Sansone R.A., (1990). Dilemmas in the management of suicidal behavior in individuals with borderline personality disorder. *Am J Psychother*; 44: 160-71.

Gabbard G.O., Wilkinson S.M., (1994). *Management of Countertransference with borderline patient*, Washington, American Psychiatric Press.

Gunderson J.G., Herpertz S.C., Skodol A.E., (2018). Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers* 4: 18029.

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

Gunderson J.G., (2001). *Borderline personality disorder: a clinic guide*. Washington, DC-London: American Psychiatric Publishing.

Gabbard G.O., Wilkinson S.M., (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Herman J.L. (1997). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Kernberg O.F., (1978). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson 1975. Tr. it.: *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Bollati Boringhieri.

Linehan M.M., (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, London: The Guilford Press 1993. Tr. it.: *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline, Il modello dialettico*. Milano: Cortina.

Liotti G., Monticelli F., (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Linehan M.M., (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan M.M. (1993) *Training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Paris J., (1997). *Success and failure in the treatment of patients with borderline personality disorder*. *Sante Ment Que*; 22: 16-29.

Skodol A.E., Bender D.S., Oldham J.M., (2019). *Personality pathology and personality disorders*. In *American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry, 7th Edition*, edited by LW Roberts, Washington, DC.

S. Hartley, J. Raphael, K. Lovell, K. Berry, (2020). *Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance*, *International Journal of Nursing Studies*, Volume 102.

Volonteri L. S., (2022). *Cura dei disturbi della personalità*. Disponibile in: <https://www.psichiatramilano.net>

Young J.E., Klosko J.S., Weishar E.M., (2007). *Schema Therapy*. New York: Guilford Press 2003. Tr. it.: *Schema Therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi di personalità*. Firenze: Eclipsi.

SITOGRAFIA

<https://nursetimes.org/tesi-infermieristica-la-relazione-terapeutica-tra-linfermiere-e-lapersona-con-disagio-psichico-modalita-che-migliorano-gli-outcomes-assistenziali-inun-contesto-ospedaliero/76191>

<https://thesis.unipd.it/handle/20.500.12608/20906>

<https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-comunicazione-paziente.html>

<https://nursetimes.org/infermieri-alla-ricerca-di-una-alleanza-assistenziale/60461>

<https://emergenzaborderline.it/perche-non-ha-senso-parlare-di-manipolazione-neldisturbo-borderline/>