

«Η αποστολή του Σίσυφου»: Βιώματα νοσηλευτών από τη φροντίδα ατόμων με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας

Χρυσοβαλάντης Παπαθανασίου, Στέλιος Στυλιανίδης

Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα

Περίληψη

Τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές έχουν αρνητικές αντιλήψεις απέναντι στους ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας (ΑΜΔΠ) και υιοθετούν συμπεριφορές που θα μπορούσαν να θεωρηθούν αντιθεραπευτικές. Η πλειονότητα της βιβλιογραφίας βασίζεται σε ποσοτικές προσεγγίσεις, με αποτέλεσμα να γνωρίζουμε ελάχιστα για την υποκειμενική εμπειρία των νοσηλευτών που εργάζονται με αυτόν τον πληθυσμό των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τα βιώματα των ψυχιατρικών νοσηλευτών όσον αφορά τους ΑΜΔΠ. Ως μέθοδος συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η ομάδα εστίασης (focus group). Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν δώδεκα (12) νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονταν στην Ψυχιατρική Κλινική δύο Γενικών Νοσοκομείων –ένα στην Αθήνα και ένα στην επαρχία– και διέθεταν κλινική εμπειρία με ΑΜΔΠ. Το υλικό των ομάδων εστίασης απομαγνητοφωνήθηκε αυτολεξεί και αναλύθηκε θεματικά. Από τη θεματική ανάλυση προέκυψαν μια κεντρική οργανωτική έννοια και τρία βασικά θέματα. Η κεντρική οργανω-

τική έννοια ήταν «Η αποστολή του Σίσυφου», η οποία αναφέρεται στη ματαιότητα και την έλλειψη απόδοσης νοήματος στη φροντίδα αυτών των ασθενών. Τα βασικά θέματα που αναδείχθηκαν ήταν «Το αίνιγμα της σφίγγας» (αβεβαιότητα βασισμένη στην πολυπλοκότητα της ψυχοπαθολογίας της ΜΔΠ), «Κυνηγώντας χίμαιρες» (ψευδαίσθηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας) και «Ο λαβύρινθος του Μινώταυρου» (ένα αποπροσανατολιστικό σύστημα ψυχικής υγείας). Τα παραπάνω θέματα μπορούν να αποτελέσουν πυξίδα για όσους χαράσσουν και ασκούν πολιτική (policy makers) στον χώρο της ψυχικής υγείας, με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ΑΜΔΠ. Σε κλινικό επίπεδο, οι συναγωγές του μύθου του Σίσυφου θα μπορούσαν να οδηγήσουν τους νοσηλευτές σε αναστοχασμό, με σκοπό την ανανοηματοδότηση του επαγγελματικού τους ρόλου και της θεραπευτικής αλληλεπίδρασης.

Λέξεις ευρητηρίου: μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, νοσηλευτές, ποιοτική μεθοδολογία, αντιλήψεις, βιώματα, θεραπευτική σχέση

Εισαγωγή

Η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας (ΜΔΠ) είναι μία από τις τέσσερις υποκατηγορίες των διαταραχών προσωπικότητας που κατατάσσεται στον άξονα Β του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου DSM-V (American Psychiatric Association, 2015). Χαρακτηρίζεται από «ένα διάχυτο μοτίβο αστάθειας στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εικόνα εαυτού και στα συναισθήματα, καθώς και από σημαντική παρορμητικότητα, που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή». Διεθνείς έρευνες υπολογίζουν ότι 2-3% του πληθυσμού πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της ΜΔΠ (Krawitz & Watson, 2003· Stuart & Lariaia, 2005), κατηγοριοποιώντας την ως την επικρατέστερη μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας

(Moran, 2002). Ένα σημαντικό μέρος της κλινικής έρευνας (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001· Coid, Yang, Tyrer, Roberts & Ullrich, 2006· Lenzen-Weger, Lane, Loranger & Kessler, 2007· Grant et al., 2008· Trull, Jahng, Tomko, Wood & Sher, 2010· Zanarini et al., 2011· Tomko, Trull, Wood & Sher, 2014) έχει δείξει ότι ο παγκόσμιος επιπολασμός της ΜΔΠ κινείται μεταξύ 0,7% και 5,9%. Ο Αμερικάνικος Ψυχιατρικός Σύλλογος (2015) υποστηρίζει ότι η συχνότητα της ΜΔΠ αγγίζει το 10% των ασθενών σε ανοιχτές δομές ψυχικής υγείας και το 20% των ασθενών που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές. Τα ερευνητικά στοιχεία υποδεικνύουν ότι περίπου 60-70% όσων έχουν διαγνωστεί με ΜΔΠ παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους

(Oldham, 2006) και ένα ποσοστό της τάξης του 10% ενδέχεται να αυτοκτονήσει, από λάθος ή έπειτα από σχεδιασμό (Paris, 1993 · De Moore & Robertson, 1996 · Adams, Bernat & Luscher, 2001 · Bateman & Fonagy, 2004 · Oldham, 2006), ενώ το ποσοστό θανάτου από αυτοκτονία είναι 50 φορές πιο υψηλό από εκείνο του γενικού πληθυσμού (Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Leweke, 2011). Όσον αφορά την αιτιολογία της ΜΔΠ, η κλινική έρευνα έχει αναδείξει διάφορους παράγοντες που ενδεχομένως συμβάλλουν στην ανάπτυξη της, συμπεριλαμβανομένων της παιδικής σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης (Bradley & Westen, 2005).

Δεδομένου του τραύματος που πολλοί ασθενείς με Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας (ΑΜΔΠ) έχουν βιώσει και της σημασίας της θεραπευτικής σχέσης στη διαδικασία της ανάκαμψης (recovery), είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό επιδεικνύει κατανόηση, η οποία διευκολύνει την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας (Stroud & Parsons, 2012). Η θεραπευτική συμμαχία θεωρείται ως ένα από τα συστατικά της θεραπευτικής επιτυχίας, ανεξάρτητα από την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που ακολουθείται (Horvath & Symonds, 1991 · Krupnick et al., 1996).

Πολλά έχουν γραφτεί για συγκεκριμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις και για τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας, αλλά υπάρχουν αμελήτα ερευνητικά δεδομένα όσον αφορά τις καλές πρακτικές στην ψυχιατρική διαχείριση (Cleary, Siegfried & Walter, 2002). Λόγω της διαγνωστικής πολυπλοκότητας και της σοβαρής συμπτωματολογίας της ΜΔΠ, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ΕΨΥ) συνήθως θεωρούν την ενασχόληση με αυτούς τους ασθενείς πιο δύσκολη σε σύγκριση με άλλους (Cleary, Siegfried & Walter, 2002). Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών αναφέρει ότι η ΜΔΠ είναι από τις πιο στιγματισμένες ψυχιατρικές «ετικέτες» μεταξύ των ΕΨΥ (Koeckkoek, van Meijel & Hutschemalkers, 2006 · Nehls, 1998 · Treloar, 2009 · Hyde, 2010) και χρησιμοποιείται ως υποτιμητική «ταμπέλα» για δύσκολους ασθενείς (Reiser & Levenson, 1984 · Lewis & Appleby, 1988 · Gallor, Lancee & Garfunkel, 1989), επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων με αυτούς τους ασθενείς (Macilwaine, 1978). Η πλειονότητα των ποσοτικών ερευνών που διερευνούν τις γνώσεις, τις στάσεις και τις πρακτικές των ΕΨΥ απέναντι στους ΑΜΔΠ περιλαμβάνει ως δείγμα νοσηλευτές (Gallor, Lancee & Garfunkel, 1989 · Fraser & Gallor, 1993 · Markham, 2003 · Markham & Trower, 2003 · James & Cowman, 2007 · Woolaston & Hixenbaugh, 2008 · Giannouli et al., 2009 · Ma et al., 2009 · McGrath & Dowling, 2012 · Stroud & Parsons, 2012 · Hauck, Harisson & Montecalvo, 2013 · Deans & Meocevic, 2006) λόγω της σημασίας της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς και της βαρύτητας της παρεχόμενης φροντίδας από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Barker, 2001).

Εμπειρικά ευρήματα έχουν καταδείξει ότι πολλοί νοσηλευτές διατηρούν αρνητικές στάσεις απέναντι στους ΑΜΔΠ.

Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές διατηρούν τις πιο αρνητικές στάσεις από όλους τους ΕΨΥ (Bodner, Cohen-Fridel & Iancu, 2011 · Bodner et al., 2015). Οι ΑΜΔΠ θεωρείται ότι είναι «χειριστικοί» (Lewis & Appleby, 1988 · Deans & Meocevic, 2006), «ότι αναζητούν διαρκώς την προσοχή των άλλων» (Castillo, Allen & Coxhead, 2001), ότι είναι «επικίνδυνοι» (Markham, 2003 · Woolaston & Hixenbaugh, 2008), «μη θεραπεύσιμοι» και «δεν αξίζουν φροντίδα» (Nehls, 2000 · Fallon, 2003). Η βιβλιογραφία ξεκάθαρα υποδηλώνει ότι η φροντίδα των ΑΜΔΠ αποτελεί μία πολύ στρεσογόνο κατάσταση για τους νοσηλευτές. Σε μια ποιοτική έρευνα (Woolaston & Hixenbaugh, 2008) οι συμμετέχοντες ανέφεραν πολλά παραδείγματα όπου σπαταλούσαν πολύ χρόνο και πολλή ενέργεια φροντίζοντας τους ΑΜΔΠ και υπάρχουν ενδείξεις ότι αισθάνονταν καταβεβλημένοι και αποδυναμωμένοι (Lewis & Appleby, 1988 · Fergusson & Tyrer, 1991). Οι Deans και Meocevic (2006) αναφέρουν ότι περίπου το ένα τρίτο των νοσηλευτών στην έρευνά τους δήλωσε ότι οι ΑΜΔΠ τους έκαναν να νιώθουν θυμό, ενώ άλλα ερευνητικά στοιχεία δείχνουν ότι οι εν λόγω ασθενείς τείνουν να προκαλούν στο προσωπικό επιθετικότητα και ψυχολογική δυσφορία (Holmqvist, 2000). Τα αρνητικά συναισθήματα των νοσηλευτών έχουν, επίσης, καταγραφεί και από άλλους ερευνητές (Gallor, Lancee & Garfunkel, 1989 · Fraser & Gallor, 1993 · Castillo, 2000 · Castillo, Allen & Coxhead, 2001 · Markham, 2003 · Markham & Trower, 2003).

Από την ψυχοδυναμική σκοπιά, τα αρνητικά συναισθήματα των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια των συναντήσεών τους με τους ΑΜΔΠ θα μπορούσαν να αποδοθούν σε μηχανισμούς άμυνας, κυρίως στην προβολή και τη διχοτόμηση (Gabbard & Wilkinson, 2000), καθώς και στην αντιμεταβίβαση (Prasko et al., 2010). Μια άλλη εξήγηση είναι ότι οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι αυτοί οι ασθενείς έχουν υψηλότερο έλεγχο των αρνητικών τους συμπεριφορών σε σύγκριση με ασθενείς που ανήκουν σε άλλη διαγνωστική κατηγορία (Markham & Trower, 2003) και τους βλέπουν ως «κακούς», όχι εξαιτίας κάποιου έμφυτου αιτίου, αλλά ως συνέπεια της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Kelly & May, 1982). Αν ένας ασθενής θεωρείται ότι έχει έλεγχο πάνω στη συμπεριφορά του, οι νοσηλευτές θα εκφράσουν πιο εχθρικές στάσεις και λιγότερη συμπάθεια και συμπόνια απέναντί του (Shafiq, Day, Qazi, & Brewin, 1990 · Markham & Trower, 2003). Επιπλέον, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της διαταραχής, όπως ο σκόπιμος αυτοτραυματισμός (Nehls, 1999 · Commons Treloar, 2009 · Bodner, Cohen-Fridel & Iancu, 2011 · Veysey, 2014) και η κακή πρόγνωση λόγω της μη αποτελεσματικότητας των φαρμακολογικών παρεμβάσεων (Woolaston & Hixenbaugh, 2008 · Sulzer, 2015), αποτελούν ενδεχομένως μια επιπρόσθετη εξήγηση των αρνητικών στάσεων των νοσηλευτών. Αυτά τα ευρήματα αντανακλώνται στις εμπειρίες των ίδιων των ΑΜΔΠ, οι οποίοι αναφέρουν αισθήματα διάκρισης, απόρριψης και αποκλεισμού (Glick Miller, 1994 · Nehls, 1999 · Fallon, 2003 · NIMHE, 2003 · Perseus,

Ekdahl, Asberg & Samuelsson, 2005· Horn, Johnstone & Brooke, 2007· Rogers & Dunne, 2011· Rogers & Acton, 2012· Bonnington & Rose, 2014· Veysey, 2014· Lawn & McMahon, 2015).

Εξ όσων γνωρίζουμε, υπάρχει μόνο μία έρευνα που μελετά τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ΑΜΔΠ (βλ. Giannouli et al., 2009) και η οποία αναδεικνύει τις διαφορές στις γνώσεις και τις στάσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και αυτού που εργάζεται σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων. Παρόλα αυτά, είναι μια έρευνα ποσοτικής φύσης με μικρό δείγμα (N=69) και δεν παρέχει πληροφορίες για τις βιωμένες εμπειρίες των νοσηλευτών.

Σκοπός/Ερευνητικό Ερώτημα

Ο σκοπός της παρούσας ποιοτικής έρευνας είναι να δώσει φωνή στους ίδιους τους νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονται σε ελληνικές ψυχιατρικές δομές, και να διερευνήσει τις αντιλήψεις, τις στάσεις και κυρίως τα βιώματά τους, μέσα από την κλινική εμπειρία τους με τους ΑΜΔΠ. Ενδιαφερόμαστε να καταλάβουμε πώς οι νοσηλευτές δομούν την ετικέτα «ΜΔΠ», τι νόημα δίνουν στα βιώματά τους και ποιες είναι οι ιδιαίτερες ανάγκες τους.

Μεθοδολογία

Δεδομένης της ανάγκης να διεξαχθεί μια εις βάθος διερεύνηση των βιωμάτων των νοσηλευτών, χρησιμοποιήθηκε ένας περιγραφικός και διερευνητικός ποιοτικός σχεδιασμός για τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων. Η έρευνα διεξήχθη με νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές δημόσιων γενικών νοσοκομείων (N=12), ένα στην Αθήνα (N=4) κι ένα στην επαρχία (N=8). Για να ενταχθούν στην έρευνα, οι συμμετέχοντες έπρεπε να πληρούν τα εξής κριτήρια: α) να εργάζονται σε ψυχιατρικό πλαίσιο, β) να έχουν κλινικό ρόλο και γ) να εργάζονται άμεσα με ΑΜΔΠ.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή δεδομένων ήταν η ομάδα εστίασης (focus group). Επιλέξαμε την ομάδα εστίασης από άλλες ποιοτικές μεθόδους, γιατί ενδιαφερόμαστε για τις δυναμικές του νοσηλευτικού προσωπικού ως ομάδα. Η νοσηλευτική θεωρείται περισσότερο ομαδοκεντρική σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα ψυχικής υγείας και η συνεργασία βρίσκεται στο επίκεντρο της πρακτικής της (Wiltjer, 2017).

Ο Kitzinger (1994) υποστηρίζει ότι το κείμενο στοιχείο της ομάδας εστίασης είναι η αλληλεπίδραση, η οποία αποκαλύπτει τον τρόπο που οι συμμετέχοντες δομούν την κοινή τους πραγματικότητα μέσω της γλώσσας που χρησιμοποιούν για ένα θέμα. Η ομάδα εστίασης, επίσης, οδηγεί τους συμμετέχοντες στον αναστοχασμό και στην επανεκτίμηση της δικής τους κατανόησης μιας συγκεκριμένης εμπειρίας.

Από την άλλη, βοηθά τον ερευνητή να κατανοήσει γιατί ένα θέμα είναι σημαντικό και σε τι έγκειται αυτή η σημαντικότητα (Morgan, 1988) και να περιγράψει καλύτερα τις ερμηνείες που δίνονται από τους συμμετέχοντες για συμπεριφορές και στάσεις (Lankhshear, 1993).

Οι ομάδες εστίασης διεξήχθησαν τον Φεβρουάριο και τον Μάρτιο του 2018. Τον συντονισμό είχε αναλάβει ο πρώτος συγγραφέας, ένας έμπειρος ποιοτικός ερευνητής, με την παρουσία ενός βοηθού, μεταπτυχιακού φοιτητή, ο οποίος συνέλλεγε πληροφορίες, με τη μορφή σημειώσεων, για τις αλληλεπιδράσεις και τη μη λεκτική επικοινωνία των συμμετεχόντων. Οι ομάδες εστίασης πραγματοποιήθηκαν σε μια αίθουσα συναρτήσεων στο νοσοκομείο όπου οι συμμετέχοντες εργάζονταν και είχαν μέση διάρκεια 90 λεπτά.

Ο συντονιστής στόχευσε στη διευκόλυνση της έκφρασης των συμμετεχόντων, χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις. Η συζήτηση εστίασε στην κλινική συνάντηση, ενώ ο οδηγός συνέντευξης κάλυπτε τα παρακάτω θέματα: α) νοσηλευτική πρακτική, β) διάγνωση/θεραπεία, γ) αιτιακές αποδόσεις και ευθύνη, δ) θεραπευτική σχέση, ε) οργανωτικά θέματα, και στ) ανάγκες.

Οι νοσηλευτές επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας, αξιοποιώντας το προσωπικό και επαγγελματικό μας δίκτυο για τη στρατολόγησή τους. Οι συμμετέχοντες ήταν πλήρως ενήμεροι για τον σκοπό της έρευνας μέσω ενός λεπτομερούς πληροφοριακού εντύπου και συμπλήρωσαν ένα έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης. Επιπρόσθετα, τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν ένα έντυπο με κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία. Η έρευνα ελέγχθηκε και εγκρίθηκε από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Το ηχογραφημένο υλικό των ομάδων εστίασης απομαγνητοφωνήθηκε αυτολεξεί και στη συνέχεια αναλύθηκε βάσει της θεματικής Ανάλυσης. Τα αποσπάσματα λόγου που θα παρουσιαστούν επιλέχθηκαν βάσει της αντιπροσωπευτικότητας ή της ποιοτικής τους συνάφειας. Κάθε απόσπασμα λόγου συνοδεύεται από έναν κωδικό, ο οποίος αντιστοιχεί σε κάθε συμμετέχοντα. Ο κωδικός των νοσηλευτών που εργάζονται στο νοσοκομείο της Αθήνας αποτελείται από το γράμμα Ν και ένα άλλο γράμμα (π.χ. Α, Β κ.λπ.), ενώ ο κωδικός όσων εργάζονται στο νοσοκομείο της επαρχίας αποτελείται από το γράμμα Ν και έναν αριθμό (π.χ. 1, 2 κ.λπ.).

Όσον αφορά τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, επτά (7) ήταν γυναίκες και πέντε (5) άνδρες, επτά (7) ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία 36-45 και πέντε (5) στην ηλικιακή κατηγορία 46-55, όλοι τους ήταν Έλληνες, επτά (7) ήταν έγγαμοι, τρεις (3) άγαμοι και δύο (2) διαζευγμένοι, δέκα (10) ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και δύο (2) δευτεροβάθμιας, μόνο τέσσερις (4) είχαν ειδικότητα στην ψυχική υγεία, ένας (1) ήταν κάτοχος διδακτορικού διπλώματος και τρεις (3) μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης, τέσσερις (4) εργάζονταν ως νοσηλευτές στον ψυχιατρικό τομέα 15-20 έτη, τρεις (3) 10-15, τρεις (3) 5-10

και δύο (2) λιγότερο από 5 έτη, μόνο δύο (2) είχαν σταθερό ωράριο, εννέα (9) είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια ψυχολογίας, πέντε (5) είχαν συμμετάσχει σε ομάδες Balint, μόνο ένας (1) είχε παρακολουθήσει σεμινάριο για τη ΜΔΠ, ο μέσος όρος των ΑΜΔΠ που φρόντιζαν τον τελευταίο μήνα ήταν 2-5, όπως επίσης και ο μέσος όρος των ασθενών που είχαν διαγνωστεί με κάποια άλλη διαταραχή προσωπικότητας.

Αποτελέσματα

Κάθε συμμετέχοντας μίλησε για την προσωπική εμπειρία του ως νοσηλευτής που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας σε ΑΜΔΠ. Εντοπίσαμε στον λόγο τους κοινά νοήματα και πρακτικές, τα οποία συνθέτουν τα βασικά θέματα. Από τη θεματική ανάλυση προέκυψαν μια κεντρική οργανωτική έννοια και τρία βασικά θέματα. Η κεντρική οργανωτική έννοια είναι «Η αποστολή του Σίσυφου», η οποία αναφέρεται στη ματαιότητα και την έλλειψη σκοπού και νοήματος στη φροντίδα αυτών των ασθενών.

Τα βασικά θέματα που αναδείχθηκαν ήταν «Το αίγισμα της σφίγγας», που αναφέρεται στην αβεβαιότητα η οποία βασίζεται στην πολυπλοκότητα της ψυχοπαθολογίας της ΜΔΠ, «Κυνηγώντας χίμαιρες», που αναφέρεται στην κακή πρόγνωση και στην ψευδαίσθηση της θεραπείας, ειδικά της φαρμακοθεραπείας και «Ο λαβύρινθος του Μινώταυρου», που αναφέρεται σε ένα πολύπλοκο σύστημα ψυχικής υγείας, στο οποίο υπάρχει έλλειψη καθοδήγησης και στοχοθέτησης και το οποίο λειτουργεί τις περισσότερες φορές αποπροσανατολιστικά για τους ΕΨΥ.

Οι συμβολισμοί των μύθων

Σύμφωνα με τον αρχαίο ελληνικό μύθο, ο Σίσυφος, βασιλιάς της Κορίνθου, τιμωρήθηκε από τον Δία, για την ασεβή του συμπεριφορά απέναντι στους θεούς, να κουβαλάει έναν τεράστιο βράχο στην κορυφή ενός βουνού. Φτάνοντας στην κορυφή, ο βράχος κυλούσε κάτω και ο Σίσυφος έπρεπε να επαναλάβει αυτή την πράξη αέναα. Μέσα από την κλασική επιρροή της σύγχρονης κουλτούρας, καθήκοντα που είναι επίπονα και μάταια περιγράφονται ως «Σισύφεια».

Στις αρχαιοελληνικές αναπαραστάσεις, η Σφίγγα απεικονίζεται συνήθως ως φτερωτό λιοντάρι με κεφάλι γυναίκας. Η Σφίγγα λέγεται ότι διαφύλαττε την είσοδο της θήβας, θέτοντας έναν γρίφο στους ταξιδιώτες για να τους αφήσει να περάσουν. Όποιος δεν μπορούσε να λύσει τον γρίφο, η Σφίγγα τον έσφιγγε μέχρι να πεθάνει. Ο μόνος που κατάφερε να λύσει τον γρίφο ήταν ο Οιδίποδας. Η λύση του γρίφου είχε ως συνέπεια το κατακρήνισμα της Σφίγγας από τον βράχο όπου στεκόταν και τον θάνατό της.

Μητέρα της Σφίγγας ήταν η Χίμαιρα, ένα τερατώδες πλάσμα που εξήπνε φωτιά. Συνήθως απεικονίζεται ως λιοντάρι, με κεφάλι κασίκα και ουρά που καταλήγει σε κεφάλι φιδιού. Η δημώδης έκφραση «Κυνηγώντας χίμαιρες»

χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει μια ψευδαίσθηση χωρίς πραγματική ανταμοιβή, την επιδίωξη του ανέφικτου.

Τέλος, ο Λαβύρινθος ήταν μία περίτεχνη, πολύπλοκη κατασκευή σχεδιασμένη και χτισμένη από τον τεχνίτη Δαίδαλο για τον βασιλιά Μίνωα της Κρήτης και η λειτουργικότητά του ήταν να απομονώσει το μυθικό τέρας Μινώταυρο. Η λέξη χρησιμοποιείται στις μέρες μας για να απεικονίσει την πολυπλοκότητα ενός συστήματος.

Κεντρική οργανωτική έννοια: Η αποστολή του Σίσυφου

Αυτό είναι το πυρηνικό θέμα το οποίο αναδεικνύει τον τρόπο που οι νοσηλευτές νοσηματοδοτούν τα βιώματά τους που αφορούν τη φροντίδα των ΑΜΔΠ. Όπως βλέπουμε, η φροντίδα των ΑΜΔΠ γίνεται αντιληπτή ως διαδικασία επίπονη, μάταια, άσκοπη και ανούσια. Η ονομασία «Αποστολή του Σίσυφου» αναδύθηκε μέσα από τον λόγο των συμμετεχόντων:

NA: «Συχνά νιώθω σαν τον Σίσυφο. Όλη αυτή η προσπάθεια δεν καταλήγει σε κανένα αποτέλεσμα. Όλο αυτό σε εμένα φαίνεται άσκοπο.»

Σύμφωνα με τους συμμετέχοντας, η ματαιότητα είναι ένα κοινό συναίσθημα για όσους δουλεύουν στον ψυχιατρικό τομέα. Εντούτοις, αυτό το συναίσθημα είναι πιο έντονο όταν αλληλεπιδρούν με τους ΑΜΔΠ και διαπερνά εγκάρσια συστήματα, διαδικασίες και δρώντα υποκείμενα.

N7: «Ούτες ή άλλως υπάρχει. (γέλιο) Σε όλο αυτό... σε όλη τη γκάμα (των ψυχιατρικών διαταραχών). Αλλά στους συγκεκριμένους, ναι... είναι μια εικόνα μάταιη. Γενικότερα, η εικόνα είναι μάταιη... του συστήματος, των ίδιων, της θεραπείας και της δικής μας παρουσίας.»

Το αίσθημα ματαιότητας βασίζεται στη ματαιώση που βιώνουν οι νοσηλευτές που φροντίζουν ΑΜΔΠ. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει ένας συμμετέχοντας (N8): «Πιστεύω ότι η ματαιώση είναι μεγάλο κομμάτι σε αυτό (στην εργασία με τους ΑΜΔΠ)». Η ματαιώση εντοπίζεται σε τρία επίπεδα: ενδοατομικό, διατομικό και συστημικό και αφορά αντίστοιχα την κακή πρόγνωση της ψυχοπαθολογίας, την προβληματική αλληλεπίδραση κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνάντησης και τις συχνές και επαναλαμβανόμενες νοσηλείες, συχνά λόγω ηθελημένου αυτοτραυματισμού.

Η σταθερότητα των συμπτωμάτων, τα άκαμπτα πρότυπα συμπεριφοράς και οι αντιστάσεις του ασθενούς στις αλλαγές οδηγούν στην πεποίθηση της αναποτελεσματικότητας και, κατά συνέπεια, της μη σκοπιμότητας. Από την άλλη, η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων του προσωπικού και η έλλειψη ειδικευμένων υπηρεσιών κάνουν τους συμμετέχοντες να νιώθουν ανεπαρκείς στο να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις προκλήσεις της ΜΔΠ.

N7: «Είναι δυσκολίες προς το αποτέλεσμα... είναι μάταιος και είναι ένας αέναος κύκλος που γίνεται... εεε... των πολλών εισαγωγών τους και αποτέλεσμα δεν υπάρχει.»

Παρακάτω, θα αναλύσουμε κάποιους παράγοντες

(αβεβαιότητα, ψευδαίσθηση, αποπροσανατολισμός), που οδηγούν τους νοσηλευτές να έχουν συναισθήματα ματαιότητας, μη σκοπιμότητας, ακόμα και έλλειψης νοήματος. Κάθε παράγοντας αντιστοιχεί σε ένα συγκεκριμένο επίπεδο ανάλυσης και νοηματοδοτείται μέσω ενός από τους αρχαίους ελληνικούς μύθους που παρουσιάστηκαν προηγουμένως.

Θέμα 1: Το Αίνιγμα της Σφίγγας (Αβεβαιότητα)

Όλοι οι συμμετέχοντες συμφωνούν ότι υπάρχει μια καιρία διαφορά μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας. Η ψυχική διαταραχή θεωρείται μια «διαφορετική» συνθήκη σε σχέση με την οργανική ασθένεια. Ενώ οι ιατρικές πρακτικές για να θεραπευτεί το σώμα είναι σταθερές, οι ψυχιατρικές πρακτικές χαρακτηρίζονται από ρευστότητα, η οποία δημιουργεί ένα αίσθημα ανασφάλειας.

N8: «Η ψυχική νόσος δεν είναι κάτι που θα το βρεις, ας πούμε, με εξετάσεις αίματος και θα απαντήσεις με μια αγωγή, η οποία ξέρεις ότι σίγουρα θα πιάσει.»

N6: «Οι άλλες ειδικότητες είναι ένα συν ένα, δύο, ενώ η ψυχιατρική δε το έχει αυτό. Θα μπει ο φλεβοκαθετήρας, για να μπει ο ορός, να μπει η αντιβίωση και όλα αυτά. Στην ψυχιατρική δεν έχεις αυτά τα στάνταρ.»

Παρατηρούμε ότι οι συμμετέχοντες έχουν υιοθετήσει τον Καρτεσιανό διυισμό για την κατανόηση του σώματος και της ψυχής. Το σώμα είναι κάτι συγκεκριμένο και χαρτογραφημένο, ενώ η ψυχή κάτι αφηρημένο, ανεύρετο και συνεισφέρων μυστηριώδες.

NB: «Το σώμα το έχουμε κατανοήσει... όσον αφορά την ψυχή πλέουμε σε αχαρτογράφητα ακόμα νερά.»

Η γνώση για τις ψυχικές διαταραχές επέρχεται από την επαναληψιμότητα του φαινομένου και βασίζεται στην παρατήρηση.

N7: «Τουλάχιστον το έχω δει σε τέσσερις νοσηλευόμενους να γίνεται με τον ίδιο τρόπο.»

N3: «Γνωρίζοντας εμείς το ιστορικό τους, φαίνεται ότι εκεί... το συγκεκριμένο υπάρχει γιατί – κοίταξε να δεις – δεν τον έχει αποδεχτεί, για παράδειγμα, η οικογένεια, υπήρχε το πρόβλημα από την οικογένεια. Αυτό το είδαμε και σε αυτόν και σε αυτόν και σε αυτόν...»

Ο νοσηλευτής, μέσα από την παρατήρηση των αντιδράσεων του ασθενούς στο ψυχιατρικό πλαίσιο, επιχειρεί να αναπτύξει ένα επεξηγηματικό μοντέλο της συμπεριφοράς του, το οποίο, δυστυχώς, δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε άλλον ασθενή ακόμα και αν αυτός ανήκει στην ίδια διαγνωστική κατηγορία. Είναι μια αέναη διαδικασία, ένας φαύλος κύκλος, που παρά τις προσπάθειες, ο νοσηλευτής δεν θα μπορέσει ποτέ να αποκτήσει πλήρη γνώση του φαινομένου της ψυχικής ασθένειας.

NB: «Δεν έχω δει δύο ίδιους ασθενείς με ψυχική νόσο, ενώ έχω δει δύο ίδιους με διαβήτη ως προς την εκδήλωση.»

N8: «Εγώ δε θα νιώσω ποτέ καλά καταρτισμένη στην ψυχιατρική. Το λέω επειδή έχω ασχοληθεί και με άλλο αντι-

κείμενο. Νιώθω πάρα πολύ καλά καταρτισμένη στην παιδιατρική, νομίζω ότι η ψυχιατρική δεν είναι έτσι. Εντάξει, νομίζω είναι τέτοιο το αντικείμενο... και ούτε θα το νιώσω αυτό πιστεύω στην ψυχιατρική, όσο και να διαβάσω.»

Όταν οι νοσηλευτές του δείγματός μας αναφέρονται σε ψυχιατρικά θέματα, δεν χρησιμοποιούν επιστημονικά επιχειρήματα, αλλά εμπειρικά. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ένας συμμετέχοντας (N8): «Δεν μιλάμε τώρα για τεκμηριωμένα πράγματα... μιλάμε για το τελείως εμπειρικό». Οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές μαθαίνουν μέσα από τη φροντίδα διαφορετικών ασθενών, δοκιμάζοντας διάφορες μεθόδους και βλέποντας στην πράξη τι «δουλεύει» και τι όχι.

N8: «Είναι μια άλλη κατάσταση (η ψυχιατρική) που πρέπει να κάνεις διάφορους συνδυασμούς και που πρέπει να χρησιμοποιήσεις κάθε φορά αυτό που βλέπεις ότι κάπως λειτουργεί.»

Οι διαφορετικές εμπειρίες των νοσηλευτών γεννούν διαφορετικές εξηγήσεις για το ψυχολογικό φαινόμενο. Ο εμπειρικός τρόπος που η γνώση δομείται στην ψυχιατρική τονίζει την υποκειμενικότητα. Σε αντίθεση με την αντιλαμβανόμενη αντικειμενικότητα των βιοιατρικών επιστημών (εγκυρότητα και αξιοπιστία), η υποκειμενικότητα της ψυχιατρικής γνώσης κάνει τη ψυχιατρική να μοιάζει λιγότερο «επιστημονική» από τις άλλες ιατρικές ειδικότητες.

N8: «Ο καθένας είδατε; Το αντιλαμβανόμαστε πολύ διαφορετικά. Γιατί ο καθένας με τις εμπειρίες του.»

NΔ: «Έχοντας περάσει και από τα οξέα, μπορώ ακόμα πιο βιολογικά να δω το θέμα. Λίγο πιο ιατροκεντρικά. Όχι ψυχιατρικά όμως, γύρω γύρω όλοι [παραπέμπει σε ομαδικό παιχνίδι = μη σοβαρό], σε νιώθω με νιώθεις και τι ωραία που περνάμε ας πούμε.»

Όσον αφορά την αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών, τρία επεξηγηματικά μοντέλα αναδύονται: α) νόσος εγκεφάλου, β) κοινωνικοπαθολογία και γ) βιοκοινωνική οντότητα. Στην πρώτη περίπτωση, η διαταραχή θεωρείται δυσλειτουργία του εγκεφάλου λόγω βιογενετικών αιτιών (γονίδια, χημική ανισορροπία), στη δεύτερη, προκύπτει από τα γεγονότα ζωής και την κοινωνική αλληλεπίδραση και στην τρίτη, είναι το αποτέλεσμα συνδυασμού βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων υιοθετούν μια βιοκοινωνική προσέγγιση, αλλά υπάρχουν κάποιοι που εντοπίζονται στα άκρα.

N4: «Η ψυχική νόσος είναι μια πάθηση του μυαλού, καθαρά του μυαλού.»

N1: «Μια δυσκολία προσαρμογής με την πραγματικότητα με τις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής περιλαμβάνει την εργασία, τις οικογενειακές υποχρεώσεις και οικογενειακές σχέσεις, τις... εεε κοινωνικές σχέσεις όλα αυτά.»

Αυτοί που υιοθετούν μια κοινωνικοπαθολογική οπτική, όταν αναφέρονται σε «διαταραχή προσωπικότητας», μιλάνε για τη σχέση ανθρώπου-κοινωνίας. Η μελέτη της διαταραχής προσωπικότητας γίνεται το μέσο κατανόησης των αδυναμιών της ίδιας της κοινωνίας.

NΔ: «Όσο πιο υγιής είναι μια κοινωνία, τόσο λιγότερες διαταραχές έχουμε. Τόσο πιο υγιή είναι τα μέλη. Θεωρώ ότι μαθαίνω πάρα πολλά πράγματα μέσα από αυτούς για το πώς βαδίζουμε [ως κοινωνία]. Δηλαδή, βλέπω τα προβλήματα τα κοινωνικά σε όλη τους τη διάσταση, μιλώντας με αυτούς τους ανθρώπους, από την παθολογία τους. Με βοηθάει πάρα πολύ να καταλάβω... Δηλαδή πώς απλώνεται η κρίση σε όλους του τομείς μέσα από τις διαταραχές προσωπικότητας.»

Η διαφορά μεταξύ ενός ασθενούς που πάσχει από μια σωματική ασθένεια και ενός ψυχικά ασθενούς εντοπίζεται στην επίγνωση. Η χωροχρονική «πραγματικότητα» (εδώ και τώρα) παραποιείται από γνωστικές δυσλειτουργίες και οι ψυχικά πάσχοντες ζουν σε έναν διακριτό «κόσμο» (εκεί και τότε), όπου οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορικές αντιδράσεις τους μοιάζουν με εναντιόμορφο είδωλο.

NB: «Οι άρρωστοι οι δικοί μας δεν αντιλαμβάνονται τη διαφορετικότητα τους και το «πρόβλημα». Σε αντίθεση, ο νεφροπαθής μπορεί να καταλάβει. Ο ψυχωτικός μπορεί να νιώθει στο παραλήρημά του ότι είναι μια χαρά, μπορεί να είναι χρόνια έτσι και να είναι μια χαρά. Ενώ ο νεφροπαθής αντιλαμβάνεται τι του γίνεται.»

Οστόσο, οι ΑΜΔΠ δεν ανήκουν σε αυτή την κατηγορία ψυχικά ασθενών. Ενώ ο ασθενής με σχιζοφρένεια θεωρείται ότι δεν διαθέτει επίγνωση, ο ΑΜΔΠ συνειδητοποιεί τις αντιδράσεις του και τον αντίκτυπο που αυτές έχουν στο περιβάλλον και μπορεί να τις ελέγξει. Ο ΑΜΔΠ είναι «εδώ», στον «πραγματικό» κόσμο και πρέπει να κριθεί ισότιμα όπως οι άλλοι (οι μη ασθενείς), όταν παραβιάζει τα κοινωνικά πρότυπα, όπως παρατηρούμε στον παρακάτω διάλογο μεταξύ των συμμετεχόντων.

N7: «Υποκειμενικό είναι και αυτό, γιατί και για τους σχιζοφρενείς στο δικό τους κόσμο η πραγματικότητα αυτή είναι...»

N3: «Ναι, όμως, ο μεταιχμιακός είναι εδώ.»

Η συνείδηση είναι το χαρακτηριστικό που διαχωρίζει τη διαταραχή από την ασθένεια και στερεί από τους ΑΜΔΠ τα οφέλη του «ρόλου του αρρώστου» (sick role), κατά τον Talcott Parsons (1975), όπως η κατανόηση και η συμπόνια. Ο ΑΜΔΠ θεωρείται «υπεύθυνος» για τις πράξεις του. Μια μη συμβατική συμπεριφορά από τον ΑΜΔΠ προκαλεί στον νοσηλευτή θυμό.

NΓ: «Στις διαταραχές προσωπικότητας, έχει να κάνει περισσότερο με τη συμπεριφορά και όχι τόσο με την ασθένεια που οδήγησε στη συμπεριφορά. Δηλαδή, ένας, ο οποίος ακούει φωνές, έχει τεράστια διαφορά από κάποιον που απλά έχει θυμόσει με την κοινωνία, γιατί δεν του συμπεριφέρεται καλά ο κόσμος γύρω του. Κατά τη γνώμη μου, το κομμάτι των διαταραχών προσωπικότητας, επειδή αφορά την κοινωνία, πρέπει να ακολουθεί τον κοινό ποινικό κώδικα.»

N3: «Ο μεταιχμιακός θα το κάνει και θα το επαναλάβει, αλλά καταλαβαίνει στο εδώ και τώρα. "Ναι, υπέγραψα, το

γνωρίζω, αλλά θα το κάνω γιατί θέλω να το κάνω τώρα". Εμένα αυτό συχνά με θυμώνει.»

Παρόλα αυτά, ενώ οι ΑΜΔΠ έχουν επίγνωση και έλεγχο των πράξεων τους, η συμπεριφορά τους φαντάζει συχνά παράλογη και η γενική εικόνα τους είναι ρευστή· τοποθετούνται στο μεταίχμιο μεταξύ υγείας και αρρώστιας, φυσιολογικού και αφύσικου. Το γεγονός αυτό δημιουργεί στους συμμετέχοντες σύγχυση και αβεβαιότητα σχετικά με το πώς πρέπει να αντιδρούν απέναντί τους. Ένας συμμετέχοντας (NB) αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Με μπερδεύει η εικόνα τους. Τη μια μοιάζουν φυσιολογικοί και την άλλη αλλόκοτοι. Δεν ξέρεις πώς να τους φερθείς τελικά.»

Θέμα 2: Κυνηγώντας τη Χίμαιρα (Ψευδαίσθηση)

Οι συμμετέχοντες διακρίνουν τους ψυχιατρικούς ασθενείς σε τρεις κατηγορίες όσον αφορά τη θεραπεία και σε δύο κατηγορίες όσον αφορά τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στην πρώτη περίπτωση κατηγοριοποιούνται ως α) *αυτοθεραπευμένοι*, β) *θεραπευμένοι από επαγγελματία* και γ) *μη θεραπευμένοι*, ενώ στη δεύτερη ως α) *ωφελούμενοι* και β) *μη ωφελούμενοι*.

Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνά μας θεωρούν ότι, παρόλο που οι ΑΜΔΠ ανήκουν στην κατηγορία των μη ωφελομένων, καθώς είναι αδύνατον να θεραπευτούν, κάνουν κατάχρηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εις βάρος άλλων ασθενών που θα μπορούσαν να θεραπευτούν (ωφελομένων). Οι ΑΜΔΠ, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, χαρακτηρίζονται από συχνές και επαναλαμβανόμενες νοσηλείες, καταλαμβάνοντας μια νοσοκομειακή κλίνη και απασχολώντας άσκοπα το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Θεωρούνται από τους συμμετέχοντες ως «βαρίδιο» του συστήματος.

N7: «Χρησιμοποιούν το σύστημα, είτε εκούσια είτε ακούσια, και το απασχολούν εις βάρος ενδεχομένων κάποιων άλλων καταστάσεων, που θα μπορούσαμε να έχουμε και να νοσηλεύουμε.»

Οι συχνές και επαναλαμβανόμενες εισαγωγές των ΑΜΔΠ στο νοσοκομείο (το αποκαλούμενο «φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας») ενισχύουν την αίσθηση της μταιότητας και οδηγούν τους νοσηλευτές στο να αναρωτιούνται για τη δική τους αποτελεσματικότητα. Η ταυτότητά τους ως νοσηλευτές τίθεται υπό αμφισβήτηση και συνοδεύεται από απογοήτευση και εγοχή. Τα συναισθήματα αυτά θυμώνουν τους νοσηλευτές (N1: «Κάποιες φορές υπάρχει θυμός, σίγουρα»), οι οποίοι καταπιέζουν τον θυμό τους (N1: «Προσπαθώ φυσικά να μη το δείχνω» N4), καθώς κάτι τέτοιο θα ερχόταν σε ρήξη με τη δεοντολογία του νοσηλευτικού επαγγέλματος (N3: «Ε, να σαν εργαζόμενοι, έτσι πρέπει να κάνουμε») και θα αναδείκνυε την ανεπάρκειά τους (N8: «Είμαστε αλλού, είμαστε σε λάθος χώρο, δηλαδή»), επιδρώντας αρνητικά στην αυτοεκτίμηση και την εικόνα εαυτού

(ΝΑ: «Θα ένιωθα άχρηστος».

N3: «Τις περισσότερες φορές όταν βλέπουμε ας πούμε ένα περιστατικό αρκετές φορές, το οποίο πρέπει να το αντιμετωπίσουμε για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, έχουμε αυτό το συναίσθημα. Ότι κάτι, ίσως δεν κάνουμε κάτι... καλά. Γιατί, ας πούμε, εδώ δεν έχουμε αποτέλεσμα; Υπάρχει το ερώτημα "Μήπως για να έρθουνε πάλι, κάτι μήπως δεν κάνουμε εμείς κάτι σωστά;»

Εκτός από τις επαναλαμβανόμενες νοσηλείες, ένα ακόμα μοτίβο συμπεριφοράς που ματαιώνει τους νοσηλευτές είναι οι αυτοτραυματισμοί. Η «μυστηριώδης» φύση της ασθένειας φαίνεται να αντικατοπτρίζεται στην αυτοκαταστροφικότητα των ΑΜΔΠ, η οποία γεννά ερωτήματα.

ΝΓ: «Καταρχάς, εμένα (μου δημιουργεί) μια απορία σίγουρα. Τι είναι αυτό που οδηγεί κάποιον να αυτοτραυματιστεί. Δηλαδή, είναι κάτι... ίσως επειδή εγώ... δεν μου περνάει και εύκολα από το μυαλό και ας έχω περάσει δυσκολίες, είναι κάτι που δεν θα το έκανα. Μου είναι λίγο έτσι... μου προκαλεί μια περιέργεια.»

Ο σκόπιμος αυτοτραυματισμός αποτελεί μια «παράξενη» αντίδραση του ασθενούς, την οποία – παρά τις ερμηνευτικές εικασίες (ως σύμπτωμα(N8: «Είναι μια εκτόνωση αυτό το πράμα») ή ως χειριστική συμπεριφορά (N4: «Η χαμηλή αυτοεκτίμηση για να τραβήξει το ενδιαφέρον») – οι νοσηλευτές αδυνατούν να διαχειριστούν. Δεν είναι το αίμα αυτό που σοκάρει (ως νοσηλευτές είναι εξοικειωμένοι με αυτό), αλλά ο τρόπος που οι ΑΜΔΠ αυτοτραυματίζονται και οι συμβολισμοί που κρύβονται σε αυτή την πράξη.

N8: «Προσωπικά, με σοκάρει πιο πολύ ο λόγος που το κάνει εκείνη την ώρα παρά το αίμα σαν αίμα.»

N6: «Πήρε συρραπτικό βρήκε στο... όχι συρραπτικό, βρήκε... εεε... συνδετήρα, συνδετήρα, τον έκανε βελόνα, είχε κοπεί με μαχαίρι πλαστικό... εεε... και πήρε το συνδετήρα και έκανε ράμματα. Μου είπε "Κεντάω το όνομα της κόρης μου". Εμένα, αυτό με σοκάρει.»

Ο κίνδυνος αυτοτραυματισμού υπάρχει και εντός του νοσοκομείου και οι νοσηλευτές βρίσκονται διαρκώς σε εγρήγορση για να προλάβουν «το κακό». Τις περισσότερες φορές, όμως, ο ασθενής βρίσκεται «ένα βήμα πιο μπροστά» και αυτό προκαλεί έντονο στρες και μακροπρόθεσμα ψυχική κόπωση.

ΝΓ: «Ότι θα πρέπει να τον έχω λίγο περισσότερο στο νου μου το βράδυ. [...] Κατά κύριο λόγο αυτό... και μια έντονη ανησυχία ότι ίσως θα πρέπει να το έχω λίγο περισσότερο στον νου μου τώρα, μην τυχόν και κάνει κάτι πιο σοβαρό ή μη τυχόν συμβεί το οτιδήποτε.»

N8: «Εμένα πάντως πάντα μου μπαίνει η σκέψη "Φτου, γαμώτο! Πώς μας ξέφυγε αυτό;" Και πάντα... και πάντα ο επιλογος είναι ότι ό,τι και να κάνεις θα βρει κάτι να το κάνει αυτό που θέλει. Εντάξει... Εγώ νομίζω ότι η κούραση υπάρχει... εεε... σαφώς σε αυτή την περίπτωση. Επίσης, υπάρχει άγχος, γιατί ξέρεις ότι είναι ασθενείς που είναι σε κίνδυνο εν δυνάμει... και κάθε φορά που δοκιμάζεις κάτι άλλο, που

ίσως λειτουργήσει καλύτερα, έχεις στο πίσω μέρος του κεφαλιού σου (γελάει) ότι θα φας απογοήτευση πάλι.»

Παράλληλα, η αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας στη ΜΔΠ είναι περιορισμένη. Η υπάρχουσα στοχεύει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ασθένειας και όχι στην καταπολέμηση των αιτιών.

N8: «Εγώ νομίζω ότι είναι από αυτά που δεν έχουν καλή απάντηση γενικώς στη φαρμακευτική αγωγή.»

N6: «Με τη φαρμακευτική αγωγή βλέπεις κάποια βελτίωση (στους ασθενείς με σχιζοφρένεια), ενώ στους οριακούς δεν το βλέπουμε αυτό.»

N7: «Ως προς το πεδίο... του άγχους και μόνο ενδεχομένως να έχουν ένα αποτέλεσμα σε αυτούς. Αυτό!»

Οι νοσηλευτές παρατηρούν αυτή την περιορισμένη δράση των φαρμάκων στους ΑΜΔΠ (ακόμα κι όταν πρόκειται για βαριά αγωγή) και διαμορφώνουν την αντίληψη του «μη θεραπεύσιμου».

N3: «Υπάρχουν και ασθενείς, οι οποίοι, με απλά λόγια... που χρησιμοποιούμε φάρμακα ελέφαντα και παρόλα αυτά, μάλλον φάρμακα τόσα πολλά που θα έρχιναν ελέφαντα, και όμως δεν τον άγγιξαν... συνεχίζει να είναι σε αγχώδη κατάσταση, να έχει το παραλήρημα το έντονο, στη φάση της ψύχωσης, μιλάω τώρα.»

Από την άλλη, οι ΑΜΔΠ παρουσιάζουν σημαντικά σχεσιακά ελλείμματα. Η σχέση τους με τους ΕΨΥ δυσχεραίνεται και από την «επαναστατική στάση» τους απέναντι στο σύστημα και τους λειτουργούς του. Χαρακτηρίζονται ως «δύσκολοι ασθενείς» (N6: «Είναι δύσκολοι οι οριακοί») με όρους συμμόρφωσης στις οδηγίες (εντολές) του ΕΨΥ και στους κανόνες λειτουργίας της κλινικής. Οι αντιστάσεις των ΑΜΔΠ απέναντι στις προσπάθειες των νοσηλευτών για αποτελεσματική επικοινωνία και διαχείριση ενισχύει το αίσθημα ματαιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

N1: «Μερικές φορές δοκιμάζουν τα όρια μας οι ασθενείς και θέλει περισσότερο σθένος από την πλευρά μας για να τους αντιμετωπίσουμε. Γιατί δεν είναι από τους ασθενείς που... θα ακούσουν αμέσως αν τους πούμε "πρέπει να κάνεις αυτό" και θα το κάνουν. Συνήθως αντιδρούν, συνήθως φέρνουν δικαιολογίες, συνήθως... εεε... και αυτό σίγουρα φέρνει μία δυσκολία.»

N8: «Ότι θα τον χάνεις και θα τον βρίσκεις τον σχιζοφρενή είναι αναμενόμενο, αλλά εγώ νομίζω ότι ... τις στιγμιαίες φάσεις που θα έχεις μια επικοινωνία, θα είναι πιο κερδισμένη επικοινωνία από τον μεταιχμιακό, κατά τη γνώμη μου. Δηλαδή, με τον μεταιχμιακό νιώθεις ότι "Και τι έκανα τώρα; Εντάξει, τα είπαμε!"»

Χαρακτηριστικό παράδειγμα του αισθήματος ματαιότητας που γεννιέται στους συμμετέχοντες, λόγω του αντιλαμβανόμενου περιορισμού της αποτελεσματικότητας των κλινικών παρεμβάσεων, είναι ο παρακάτω διάλογος:

ΝΑ: «Και υπάρχει πάντα το θέμα: Εσύ ως επαγγελματίας σε κάποιον με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, τι θα κάνεις γι' αυτό;»

ΝΓ: «Από τη στιγμή που δεν θεραπεύεται κιόλας.»

ΝΑ: «Θα πάει ο ψυχίατρος, θα βάλει μια διάγνωση που εξ ορισμού θα πει "Εντάξει, οκ, φεύγω τώρα (γέλια). Φάρμακα δεν θα δώσω, ψυχοθεραπεία δεν θα κάνω".»

Προκειμένου να αντιμετωπίσουν αυτή τη ματαιώση, κάποιοι νοσηλευτές χρησιμοποιούν ως αμυντικό μηχανισμό την αποστασιοποίηση, η οποία στηρίζεται σε ένα συναίσθημα αποστροφής που τους γεννιέται μέσα από την επαφή με αυτούς τους ασθενείς. Όπως χαρακτηριστικά λέει μια νοσηλεύτρια:

Ν7: «Η αποστροφή! Μια αποστροφή που νιώθεις όταν ξαναβλέπεις έναν άνθρωπο να νοσηλεύεται σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα και ξέρεις εκ των προτέρων ποιο είναι το αποτέλεσμα αυτής της νοσηλείας ή ακόμη και τη διάρκειά της, γνωρίζεις εκ των προτέρων ότι θα μείνει μια δύο μέρες εκούσια και θα φύγει και θα τον ξαναδείς σε δέκα μέρες, σε είκοσι μέρες, γνωρίζεις τους χρόνους. Ουδετερότητα για μένα, ουδετερότητα! Συναισθηματική ουδετερότητα γι' αυτόν τον άνθρωπο.»

Θέμα 3: Ο Λαβύρινθος του Μινώταυρου (Αποπροσανατολισμός)

Οι συμμετέχοντες θέτουν τον προβληματισμό της φροντίδας των ΑΜΔΠ σε ένα ίδρυμα δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως είναι το νοσοκομείο. Το Τμήμα Έκτακτων Περιστατικών (ΤΕΠ) ενός νοσοκομείου μπορεί να προσφέρει άμεσα βοήθεια στον ασθενή που βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης (π.χ. φροντίδα των τραυμάτων σε περίπτωση σκόπημου αυτοτραυματισμού ή χορήγηση ηρεμιστικών), αλλά η νοσηλεία δεν φαίνεται –σύμφωνα με τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα– να είναι ωφέλιμη. Και αυτό γιατί η θεραπεία που προσφέρεται στην ψυχιατρική κλινική ενός γενικού νοσοκομείου ή σε μια αμιγώς ψυχιατρική δομή περιορίζεται συνήθως στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Η κακή απάντηση των φαρμάκων στη ΜΔΠ – όπως είδαμε παραπάνω – κατατάσσει τους ΑΜΔΠ στους «μη ωφελούμενους» από τη νοσηλεία και, επομένως, δημιουργεί στους νοσηλευτές μια αίσθηση ματαιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει μια συμμετέχουσα, η πρώτη ερώτηση που έρχεται στο μυαλό της όταν βλέπει ένα νέο περιστατικό με ΜΔΠ να έχει εισαχθεί στην ψυχιατρική κλινική είναι:

Ν7: «Για ποιο λόγο είναι στην ψυχιατρική κλινική, ενώ θα μπορούσε να είχε αντιμετωπιστεί πρωτοβάθμια και με άλλους τρόπους;»

Για τους συμμετέχοντες, οι ΑΜΔΠ έχουν ανάγκη από δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Ν6: «Μα, αυτοί οι ασθενείς πρωτοβάθμια χρειάζονται»).

Ν7: «Σαφώς αυτά τα άτομα δεν μπορούν να καταλήγουν χωρίς να προϋπάρχουν άλλες παράμετροι θεραπευτικοί σε ένα δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο ψυχιατρικό νοσοκομείο και να αντιμετωπίζονται μόνο (το τονίζει) φαρμακευτι-

κά· μόνο το ένα σκέλος της θεραπείας τους αντιμετωπίζεται το οποίο... το φαρμακευτικό. Τίποτε άλλο δεν γίνεται.» (Ακολουθεί μακρά σιωπή από τα μέλη της ομάδας.)

Ένα άλλο βασικό θέμα που προέκυψε από την ομάδα εστίασης είναι η έλλειψη εξειδικευμένων δομών ψυχικής υγείας στο ελληνικό σύστημα υγείας. Στην Ελλάδα, οι ψυχιατρικές κλινικές λειτουργούν ως πολυδύναμα ιατρικά κέντρα, συγκεντρώνοντας στους κόλπους τους ένα ετερογενές μείγμα ασθενών. Η ετερογένεια αυτή των νοσηλευμένων, που αφορά τόσο τις διαφορετικές ανάγκες των ίδιων των ασθενών όσο και τις ιδιαίτερες δεξιότητες αποτελεσματικής διαχείρισής τους από το προσωπικό, δυσχεραίνει το νοσηλευτικό έργο.

ΝΑ: «Οι ψυχιατρικές κλινικές είναι σαν τα πολυδύναμα παθολογικά τμήματα. Δηλαδή, η ψυχιατρική κλινική έχει όλο το φάσμα. Όλο! Καλείσαι σε έναν χώρο περιορισμένο να αντιμετωπίσεις όλο το φάσμα: σχιζοφρένεια, διάφορες ψυχώσεις, επεισόδια που έχουν να κάνουν με τις εξαρτήσεις και ταυτόχρονα να υπάρχει και κάποιος με διαταραχή της προσωπικότητας.»

Στο ελληνικό σύστημα υγείας δεν υπάρχουν επίσημες νοσηλευτικές ειδικότητες. Ένας γενικός νοσηλεύτης που διορίζεται σε ένα κρατικό νοσοκομείο, ενδέχεται να μετακινηθεί από τη μία κλινική στην άλλη, ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν στη στελέχωση της εκάστοτε κλινικής, με απόφαση της Διοίκησης του νοσοκομείου. Επομένως, ένας νοσηλεύτης, ο οποίος εργαζόταν για πολλά χρόνια, π.χ. στη χειρουργική κλινική, μπορεί να μεταφερθεί ξαφνικά στην ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου, χωρίς καμία εκπαίδευση και προετοιμασία στις ιδιαιτερότητες της ψυχιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας. Το γεγονός αυτό δημιουργεί συναισθήματα αβεβαιότητας και ανασφάλειας και αυξάνει την πιθανότητα αποτυχίας και συνεπώς ματαιώσης.

ΝΓ: «Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας πολλές φορές νιώθω ότι εμάς όλους τους νοσηλευτές μάς πετάνε κυριολεκτικά σε διάφορους χώρους για να δουλέψουμε, χωρίς να έχουν φροντίσει να μας εφοδιάσουν με όλα αυτά τα οποία θα χρειαστούμε σαν επαγγελματίες, για να μπορέσουμε να στηρίχουμε στα πόδια μας, αν όχι από την πρώτη ημέρα μπαίνοντας σε μια κλινική, αλλά τουλάχιστον τον πρώτο μήνα... να μπορέσουμε να ανταπεξέλθουμε.»

Εκτός από την έλλειψη εκπαίδευσης, οι νοσηλευτές στερούνται και κλινικής εποπτείας κατά την άσκηση του λειτουργήματός τους. Όπως είδαμε, η εργασία με τους ΑΜΔΠ, οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως «δύσκολοι» ασθενείς και δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα στους νοσηλευτές, είναι γεμάτη προκλήσεις σε σχεσιακό επίπεδο. Η έλλειψη κλινικής εποπτείας δυσχεραίνει τη συναισθηματική αποφόρτιση των νοσηλευτών, αλλά και τους στερεί την ευκαιρία αναστοχασμού πάνω στις πρακτικές τους. Η ανάγκη για εποπτεία διαφαίνεται στο ακόλουθο απόσπασμα λόγου:

Ν3: «Η αποφόρτιση σε μας θα ήταν το τέλειο το ιδανικό, αλλά δυστυχώς δεν υπάρχει.»

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν, επίσης, στο κυρίαρχο στερεότυπο για τη νοσηλευτική εργασία, το οποίο βασίζεται στο τρίπτυχο «κλινική-θάλαμος-καρότσι», όπως λέει χαρακτηριστικά ο ΝΑ, και υποτιμά τον ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής δεν αντιμετωπίζεται ως ισότιμος συνεργάτης με επιστημονική κατάρτιση, αλλά ως βοηθός και διαχειριστής-εκτελεστής των ιατρικών οδηγιών. Η μη παροχή κινήτρων και ευκαιριών αποτελεί ακόμα έναν παράγοντα που δυσχεραίνει την άσκηση της νοσηλευτικής και που καθιστά το κλινικό έργο μια διεκπεραιωτική διαδικασία.

ΝΑ: «Στις ψυχιατρικές δομές, δεν ζητάει κανείς από τους νοσηλευτές να κάνουν κάτι. Σε οποιαδήποτε ψυχιατρική δομή. Οποιασδήποτε βαθμίδας. (...) Ότι λειτουργούμε σε ένα σύστημα το οποίο δεν έχει κανένα ρόλο για εμάς και παρόλα αυτά επιμένουμε και προσπαθούμε να κάνουμε αυτό που πρέπει να κάνουμε χωρίς να... δεν μας το ζητάνε. Είναι κουραστικό όμως...»

ΝΓ: «Διεκπεραιωτικό είναι το μπαίνω στην κλινική, παραλαμβάνω την κλινική μου, βλέπω πόσους ασθενείς έχω, δίνω τα φάρμακα, γράφω λογοδοσία, φεύγω. Έτσι; Αυτό είναι το διεκπεραιωτικό κομμάτι. Το ουσιαστικό είναι: μπαίνω στην κλινική, παραλαμβάνω την κλινική, δίνω τα φάρμακά μου, αλλά ταυτόχρονα έχω ασχοληθεί και με τον καθένα ατομικά. Να τους ρωτήσω από το πιο μικρό "Πώς ήταν η μέρα σας;" "Τι φαγητό είχε το μεσημέρι και αν σας άρεσε" μέχρι πιο ουσιαστικά πράγματα "Γιατί σε βλέπω πιο στεναχωρημένο σήμερα;", "Τι έγινε κατά την διάρκεια της ημέρας ή τι δεν έγινε." (...) Είναι ένα μεγάλο κομμάτι και της Διοίκησης για το τι θέλει τελικά από εσένα, τι απαιτήσεις έχει από έναν νοσηλευτή μέσα στην ψυχιατρική κλινική, έτσι; Και τι απαιτήσεις δεν έχει. Αυτό! Είναι τι ευκαιρίες σου δίνουν.»

Ένα ακόμα σοβαρό έλλειμμα του συστήματος ψυχικής υγείας είναι η αδυναμία παραπομπής των περιστατικών σε άλλες δομές, η έλλειψη δικτύωσης και κουλτούρας συνεργασίας μεταξύ των διάφορων δομών (κρατικών και κοινοτικών), καθώς και η μη δυνατότητα πρόβλεψης για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Οι παραπάνω παράγοντες θεωρούνται καταλυτικοί για την ενίσχυση και τη διαίωξη του «φαινομένου της κυλιόμενης πόρτας».

ΝΒ: «Δεν γίνονται παραπομπές. Γενικά δεν υπάρχει δικτύωση και επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων δομών. Η καθेमία δομή δουλεύει μόνη της. Έρχεται ένα περιστατικό από το Χ ψυχιατρείο και δεν σπκώνει κάποιος το τηλέφωνο για να ζητήσει ενημέρωση ή να ενημερώσει. Σε ποιον να απευθυνθείς; Πρέπει να αφιερώσεις πολύ χρόνο για να βρεις κάποιον κι εκείνος θα δηλώσει αναρμόδιος. (...) Όχι (δεν προβλέπεται κάποιος πλάνο στήριξης για μετά την έξοδο από το νοσοκομείο)! Και θα γυρίσει σε αυτά που τον έφεραν εδώ και μετά από λίγο καιρό θα ξαναεισαχθεί. Ένας φαύλος κύκλος!»

Τέλος, η αποτυχία να καταστεί το νοσοκομείο μια κοινότητα, που ενώνει τα μέλη της με κοινές αξίες, στόχους και χαρακτηριστικά, αποτελεί τροχοπέδη στην προσωπική και

επαγγελματική ανάπτυξη των νοσηλευτών και τη νοσηματοδότηση της εργασίας τους μέσα από το αίσθημα του «ανήκειν».

ΝΒ: «Πρόκειται για ένα δαιδαλώδες σύστημα μέσα στο οποίο χάνεσαι... κυριολεκτικά! Συν το τέρας της γραφειοκρατίας που χαρακτηρίζει κάθε δημόσια υπηρεσία στην Ελλάδα. Όλο αυτό είναι τόσο απρόσωπο, χωρίς κοινό όραμα, που κάνει τη δουλειά σου να μοιάζει ανούσια.»

Συζήτηση

Η παρούσα ποιοτική έρευνα φιλοδοξεί να προσφέρει μια εις βάθος κατανόηση των αντιλήψεων, των στάσεων και των βιωμάτων των νοσηλευτών που εργάζονται με ΑΜΔΠ σε ψυχιατρικές δομές, καλύπτοντας το κενό στην ελληνική βιβλιογραφία.

Σε συμφωνία με την υπάρχουσα διεθνή βιβλιογραφία (Frazer & Gallop, 1993 · Markham, 2003 · Woollaston & Hixenbaugh, 2008 · Sulzer, 2015 · Deans & Moecevic, 2006), οι συμμετέχοντες της έρευνας εμφανίζονται να έχουν αρνητικές αντιλήψεις και στάσεις για τους ΑΜΔΠ. Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, αυτοί οι ασθενείς θεωρούνται «δύσκολοι» στο να λάβουν φροντίδα, λόγω των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της διαταραχής που επηρεάζουν αρνητικά τη θεραπεία και τη θεραπευτική σχέση (Cleary, Siegfried & Walter, 2002 · Giannouli et al., 2009 · McGrath & Dowling, 2012). Οι νοσηλευτές δείχνουν λιγότερη συμπόνια απέναντι στους ΑΜΔΠ από ό,τι σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με άλλη ψυχιατρική ασθένεια (όπως η σχιζοφρένεια), γιατί οι ΑΜΔΠ θεωρούνται ότι έχουν επίγνωση των πράξεών τους και, επομένως, είναι υπεύθυνοι. Αυτό συνάδει και με τα ευρήματα της έρευνας των Markham και Trower (2003), σύμφωνα με τα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό έδειχνε λιγότερη συμπάθεια και ανέφερε περισσότερο αρνητικές εμπειρίες στην κλινική εργασία τους με ΑΜΔΠ από ό,τι με ασθενείς με σχιζοφρένεια ή κατάθλιψη. Αυτές οι αρνητικές αντιδράσεις συνδέθηκαν με την αντίληψη των νοσηλευτών ότι οι ΑΜΔΠ διαθέτουν περισσότερο έλεγχο τόσο των αιτίων όσο και των επιπτώσεων της διαταραχής σε σύγκριση με άλλες κατηγορίες ασθενών. Παρομοίως, ο Forsyth (2007) διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές είχαν λιγότερες πιθανότητες να βοηθήσουν τους ΑΜΔΠ από ό,τι αυτούς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, καθώς τα αίτια της μη συμμόρφωσης των ΑΜΔΠ αποδίδονταν σε ελέγξιμους παράγοντες.

Οι συχνές και επαναλαμβανόμενες νοσηλείες (βλ. McGrath & Dowling, 2012 · Bodner et al., 2015), οι σκόπιμοι αυτοτραυματισμοί και οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές (βλ. Nehls, 1999 · Commons Treloar, 2009 · Bodner, Cohen-Fridel & Iancu, 2011 · Veysey, 2014), η αναποτελεσματικότητα των φαρμάκων και των θεραπειών (βλ. Woollaston & Hixenbaugh, 2008 · Sulzer, 2015) και η μη συμμόρφωση των ασθενών (Forsyth, 2007) αποτελούν κάποιους από τους παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση αρνητικών αντιδράσεων από την πλευρά των νοσηλευτών.

Μερικοί συμμετέχοντες στην έρευνά μας παραδέχτηκαν ότι είναι συναισθηματικά απόμακροι κατά την αλληλεπίδρασή τους με τους ΑΜΔΠ σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσουν τη ματαιώση, ένα εύρημα το οποίο υποστηρίχθηκε και από άλλους ερευνητές, όπως οι Cortis-Jones (1998), Bland και Rossen (2005), Woollaston και Hixenbaugh (2008), Rizq (2012) και Stroud και Parsons (2012). Όπως κατανοούμε, αυτή η απευαισθητοποίηση αποτελεί εμπόδιο στη δημιουργία και τη διατήρηση θεραπευτικής σχέσης και συμμαχίας, με ενδεχόμενο αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών σε αυτούς τους ασθενείς. Η θεραπευτική σχέση αναγνωρίζεται από τους θεωρητικούς όλων των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων (βλ. Freud, Rogers, κ.ά.) ως παράγοντας κύριας σημασίας για την ανάκαμψη. Όλοι οι θεωρητικοί της νοσηλευτικής επιστήμης, όπως οι Watson, Patterson και Zderad, Orlando, King και Peplau υπογραμμίζουν την αλληλεπιδραστική φύση της νοσηλευτικής (Barnum, 1998). Η θεραπευτική σχέση μοιάζει να είναι πιο σημαντική από τις ίδιες τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Όπως υπογραμμίζει ο Fallon (2003) στη μελέτη του, σε ένα εύρος διαθέσιμων υπηρεσιών, οι ΑΜΔΠ επέλεξαν αυτή όπου υπάρχει ποιότητα στην ανθρώπινη αλληλεπίδραση. Επιπλέον, η ασφάλεια στο νοσοκομείο αντιστοιχούσε στην ποιότητα των σχέσεων παρά στο πλαίσιο.

Τα δεδομένα προτείνουν ότι, σε οργανωτικό επίπεδο, η έλλειψη γνώσης, εξειδίκευσης, δεξιοτήτων αποτελεσματικής διαχείρισης ασθενών και εξειδικευμένων υπηρεσιών, καταστούν τη φροντίδα των ΑΜΔΠ ένα δύσκολο καθήκον για τους νοσηλευτές. Η πλειονότητα των ερευνών τονίζουν την ανάγκη για εκπαίδευση (Cleary, Siegfried & Walter, 2002· James & Cowman, 2007· Giannoulis et al., 2009· Millar, Gillanders & Saleem, 2012· Bodner et al., 2015) και εποπτεία (Commons Treloar, 2009· Bodner, Cohen-Fridel & Iancu, 2011· Millar, Gillanders & Saleem, 2012· Rizq, 2012· Stroud & Parsons, 2012). Επίσης, στην ελληνική έρευνα των Giannoulis και συνεργατών (2009), περίπου οι μισοί από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι υπάρχει έλλειψη κατάλληλων και εξειδικευμένων υπηρεσιών, προκειμένου να καλυφθούν οι ειδικές ανάγκες των ΑΜΔΠ.

Παρόλο που η προαναφερόμενη βιβλιογραφία παρουσιάζει διάφορους ατομικούς, σχεσιακούς και δομικούς παράγοντες ως διευκολυντές ή εμπόδια στη σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ΑΜΔΠ, είναι η πρώτη φορά που η ματαιότητα αναγνωρίζεται ως κύριο στοιχείο για την κατανόηση των αρνητικών στάσεων και εμπειριών των νοσηλευτών. Η αντίληψη της ματαιότητας εδράζεται στην αβεβαιότητα γύρω από τη φύση της ψυχικής διαταραχής, την επιδίωξη του ανέφικτου της ίασης στην περίπτωση των διαταραχών προσωπικότητας γενικότερα και της ΜΔΠ ειδικότερα, καθώς και στον αποπροσανατολισμό που νιώθει κάποιος που εργάζεται σε ένα σύστημα που δεν είναι υποστηρικτικό.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αντανακλούν τις απόψεις συγκεκριμένων νοσηλευτών και δεν μπορούν να

θεωρηθούν αντιπροσωπευτικές αυτής της ομάδας επαγγελματιών.

Ένας σημαντικός περιορισμός είναι ότι οι ομάδες εστίασης αποτελούνταν από έμπειρους νοσηλευτές, που εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές δημόσιων γενικών νοσοκομείων. Είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι εμπειρίες των νεοφερμένων νοσηλευτών και αυτών που εργάζονται σε διαφορετικά πλαίσια, όπως ψυχιατρικό νοσοκομείο, κέντρο ψυχικής υγείας ή κοινοτικό οργανισμό. Επιπλέον, η εφαρμογή άλλων ποιοτικών μεθόδων, όπως η συμμετοχική παρατήρηση, μπορεί να μας προσφέρει περισσότερες πληροφορίες για την αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτή και ΑΜΔΠ σε πραγματικό χρόνο.

Συμπεράσματα

Το κύριο εύρημα της παρούσας ποιοτικής έρευνας είναι ότι τα αρνητικά βιώματα των νοσηλευτών αναπτύσσονται γύρω από την έννοια της «ματαιότητας», η οποία κατέχει κεντρική θέση στον μύθο του Σίσυφου. Η ματαιότητα των νοσηλευτών που φροντίζουν ΑΜΔΠ δομείται βάσει συγκεκριμένων αντιλήψεων, στάσεων και πεποιθήσεων:

1. Η περιορισμένη επιστημονική γνώση γύρω από τα αίτια των διαταραχών προσωπικότητας γενικά και της ΜΔΠ ειδικά οδηγεί στη διαμόρφωση ενός ρεπερτορίου πιθανών απαντήσεων στο βασικό ερώτημα «Γιατί αυτός ο άνθρωπος συμπεριφέρεται με αυτόν τον "αλλόκοτο" τρόπο;». Όπως στον μύθο της Σφίγγας, η ανικανότητα απάντησης στο «αίνιγμα» της αιτιολογίας της ΜΔΠ δημιουργεί αισθήματα αβεβαιότητας και ανασφάλειας στους ΕΨΥ, πλήττοντας τόσο την αυτοπεποίθηση όσο και το κύρος τους.
2. Η κακή πρόγνωση, λόγω της χαμηλής αποτελεσματικότητας των θεραπειών, κυρίως των φαρμακολογικών, ενισχύει το αίσθημα της ματαιότητας, καθιστώντας τον θεραπευτικό στόχο ανέφικτο και την όλη διαδικασία να φαντάζει ως «το κυνήγι της Χίμαιρας».
3. Το σύστημα υγείας δεν λειτουργεί υποστηρικτικά στο δύσκολο έργο του ΕΨΥ. Αντιθέτως, η πολυπλοκότητα που εδράζεται στο αποκαλούμενο «τέρας της γραφειοκρατίας» (ως άλλος Μινώταυρος), στην κακή οργάνωση των υπηρεσιών και στην απουσία κινήτρων κάνει το σύστημα να μοιάζει με λαβύρινθο, μέσα στο οποίο ο εργαζόμενος χάνει το νόημα του ρόλου του και τον προσανατολισμό του.

Μπορεί ο Σίσυφος να ήταν καταδικασμένος σε μια αέναη προσπάθεια, που για πολλούς μοιάζει μάταιη, αλλά σύμφωνα με τον Camus: «Κι εκείνος (ο Σίσυφος) κρίνει πως όλα είναι καλά. Αυτό το σύμπαν, αδέσποτο στο εξής, δεν του φαίνεται άκαρπο ούτε μάταιο. Ο κάθε κόκκος της πέτρας, η κάθε λάμψη αυτού του γεμάτου νύχτα βουνού πλάθει, μόνα για αυτόν, τη μορφή ενός κόσμου. Ακόμα κι ο ίδιος ο αγώνας προς την κορυφή φτάνει για να γεμίσει μια ανθρώπινη καρδιά. Πρέπει να φανταστούμε τον Σίσυφο ευτυχισμένο». Ομοί-

ως, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής και κάθε ΕΨΥ που εργάζεται με «δύσκολους» ασθενείς πρέπει να υιοθετήσει μια θετική στάση απέναντι στα πράγματα και να δώσει νόημα εκεί που εκ πρώτης όψεως φαίνεται να μην υπάρχει. Μόνο τότε το κλινικό του έργο θα αποκτήσει αξία και ο ίδιος θα νιώσει ικανοποίηση. Όσον αφορά τη ΜΔΠ, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να νοσηματοδοτηθούν με έναν θετικό και ωφέλιμο τρόπο τόσο τα συμπτώματα της διαταραχής (π.χ. ο αυτοτραυματισμός ως έκκληση βοήθειας και όχι ως χειριστική συμπεριφορά) όσο και οι κλινικές πρακτικές (θεραπευτικός στόχος να αποτελεί η ανάκαμψη/recovery έναντι της ίασης/cure).

Παραφράζοντας τον Camus, πρέπει να φανταστούμε τον ψυχιατρικό νοσηλευτή ευτυχισμένο. Για να καταστεί αυτό εφικτό, υποδεικνύεται η παροχή περισσότερων ευκαιριών για συνεχιζόμενη εκπαίδευση στον τομέα των διαταραχών προσωπικότητας γενικά και της ΜΔΠ ειδικά. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να συνδυάζουν θεωρητική και πρακτική γνώση και να εστιάζουν στην ορθή ψυχιατρική διαχείριση των ασθενών, καθώς και στη ρύθμιση των συναισθημάτων, στις στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies) και στον αναστοχασμό των ΕΨΥ, ενθαρρύνοντας τη νοσηματοδότηση της κλινικής εμπειρίας. Επιπλέον, η – εκφραζόμενη από τους ίδιους τους συμμετέχοντες – ανάγκη για τακτική εποπτεία κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, προκειμένου να τους παρέχεται ένα πλαίσιο για να στοχαστούν όσον αφορά τα συναισθήματά τους κατά τη διάρκεια της συνάντησής τους με αυτούς τους ασθενείς, καθώς και να διερευνήσουν, ανακαλύψουν και εξετάσουν τις

πρακτικές τους (Bland & Rossen, 2005). Τόσο οι εκπαιδευτικές όσο και οι εποπτικές συνεδρίες αποτελούν ευκαιρίες για να βοηθηθούν οι νοσηλευτές να κατανοήσουν και να νοσηματοδοτήσουν την κλινική εργασία τους με τους ΑΜΔΠ μέσα από τον αναστοχασμό και τις αφηγήσεις. Επίσης, η διαμόρφωση πρωτοκόλλων παρέμβασης θα μπορούσε να φανεί ιδιαίτερα βοηθητική στους νοσηλευτές, ιδιαίτερα σε εκείνους με μικρή κλινική εμπειρία, προκείμενου να γνωρίζουν κάθε φορά τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσουν με ακρίβεια για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ΑΜΔΠ με έναν αποτελεσματικό τρόπο που δεν θα προκαλέσει ρήξη στη θεραπευτική συμμαχία.

Προτείνουμε η μελλοντική έρευνα να εστιάσει στις κοινωνικογνωστικές διαδικασίες των νοσηλευτών για να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν τις εμπειρίες τους με τους ΑΜΔΠ και για να διερευνήσουν εάν η χρήση του μύθου του Σίσυφου από την αισιόδοξη οπτική του Camus θα μπορούσε να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο, στο πλαίσιο εκπαιδευτικών προγραμμάτων ΕΨΥ, για αναστοχασμό και νοσηματοδότηση. Όπως αναφέρουν οι Παπακostas, Παπακosta και Markianos (2008, σελ. 330): «Ο μύθος του Σίσυφου συνδέεται με τις ανθρώπινες προσπάθειες και τους περιορισμούς, το εφικτό και το ανέφικτο, τους δύο πόλους μεταξύ των οποίων κινούνται οι χρήσεις του μύθου. Συλλογίζομενοι τη χρήση τους με Σισύφειους όρους, οι ιατροί μπορούν να γιορτάσουν τις εφήμερες νίκες τους και, αντιλαμβανόμενοι τους περιορισμούς τους, να επαναδιαμορφώσουν τις φιλοδοξίες τους, χωρίς να μειώσουν τις προσπάθειές τους».

Ευχαριστίες

Οι ερευνητές ευχαριστούν θερμά όλους τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στις ομάδες εστίασης. Ευχαριστούν επίσης τις νοσηλεύτριες-μετοπυκτικές φοιτήτριες, Σταυρούλα Λίλου και Θεοδοσία Πελέκη, για την απομαγνητοφώνηση των συζητήσεων και την καταγραφή σημειώσεων κατά τη διάρκεια των ομάδων εστίασης.

Χρηματοδότηση ερευνητικού προγράμματος

Το έργο συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση», στο πλαίσιο της Πράξης «Ενίσχυση Μεταδιδακτόρων ερευνητών/ερευνητριών» (MIS-5001552), που υλοποιεί το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών (ΙΚΥ).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Adams, H. E., Bernat, J. A., & Luscher, K. A. (2001). Borderline Personality Disorder: An Overview. In P.B. Sutker & H.E. Adams (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (pp. 491–507). New York, NY, USA: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- American Psychiatric Association (2015). *Διαγνωστικά κριτήρια από DSM-5*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Barker, P. (2001). The tidal model: developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(3), 79–87.
- Barnum, B. S. (1998). *Nursing Theory: Analysis, Application, Evaluation*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51.
- Bland, A. R., & Rossen, E. K. (2005). Clinical Supervision of Nurses Working With Borderline Personality Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(5), 507–517.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 548–555.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fisel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 15:2.
- Bonnington, O., & Rose, D. (2014). Exploring stigmatization among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: a critical realist analysis. *Social Science and Medicine*, 123, 7–17.
- Bradley, R., & Westen, D. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder: A view from developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 17(4), 927–957.
- Castillo, H. (2000). Temperament or trauma? Users' views on the nature and treatment of personality disorder. *Mental Health and Learning Disabilities Care*, 4(2), 53–58.
- Castillo, H., Allen, L., & Coxhead, N. (2001). The hurtfulness of a diagnosis – user research about personality disorder. *Mental Health Practice*, 4(9), 16–19.
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 186–191.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 188(5), 423–431.
- Commons Treloar, A. J. (2009). A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. *New*

- Zealand Journal of Psychology*, 38(2), 30-34.
- Cortis-Jones, L. (1998). *Nurses anxiety towards people with borderline personality disorders*. Master of Nursing (Hons.) thesis. New South Wales, Australia: Department of Nursing, University of Wollongong. <http://ro.uow.edu.au/theses/2602>
- De Moore, G. M., & Robertson, A. R. (1996). Suicide in the 18 years after deliberate self-harm: a prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 169(4), 489-494.
- Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21, 43-49.
- Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 393-400.
- Ferguson, B., & Tyrer, P. (1991). Personality disorder: the flamboyant group. *Current Opinion in Psychiatry*, 4(2), 200-204.
- Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 33-40.
- Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(6), 336-341.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (2000). *Management of countertransference with borderline patients*. New Jersey, USA: Jason Aronson, Inc.
- Gallop, R., Lancee, W. J., & Garfinkel, P. (1989). How nursing staff respond to the label "borderline personality disorder". *Hospital and Community Psychiatry*, 40(8), 815-819.
- Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigos, A., & Vaslamatzis, G. (2009). Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 481-487.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & 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. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533.
- Hauck, J. L., Harrison, B. E., & Montecalvo, A. L. (2013). Psychiatric nurses' attitudes toward patients with borderline personality disorder experiencing deliberate self-harm. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(1), 20-29.
- Hayward, M., Slade, M., & Moran, P.A. (2006). Personality disorders and unmet needs among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 57, 538-543.
- Holmqvist, R. (2000). Staff feelings and patient diagnosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 349-356.
- Horn, N., Johnstone, L., Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(2), 255-269.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Hyde, P. (2010). *Report to Congress on Borderline Personality Disorder*. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse Administration. Washington DC, USA: HHS publication No. SMA-11-4644.
- James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 670-678.
- Kelly, M. P., & May, D. (1982). Good and bad patients: a review of the literature and a theoretical critique. *Journal of Advanced Nursing*, 7(2), 147-156.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of health & illness*, 16(1), 103-121.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795-802.
- Krawitz, R., & Watson, C. (2003). *Borderline Personality Disorder: A Practical Guide to Treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 532-539.
- Lankshear, A. J. (1993). The use of focus groups in a study of attitudes to student nurse assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1986-89.
- Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 510-521.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 62(6), 553-564.
- Lewis, G., & Appleby, L. (1988). Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. *The British Journal of Psychiatry*, 153, 44-49.
- 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, 440-450.
- Macilwaine, H. (1978). The communication patterns of female neurotic patients with nursing staff in psychiatric units of general hospitals. *Nursing Research: Studies in Patient Care*. London, UK: Royal College of Nursing.
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of "borderline personality disorder": Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595-612.
- Markham, D., & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label "borderline personality disorder" on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 243-256.
- McGrath, B., & Dowling, M. (2012). Exploring registered psychiatric nurses' responses' towards service users with a diagnosis of borderline personality disorder. *Nursing Research and Practice*, 2012, 601918.
- Millar, H., Gillanders D., & Saleem, J. (2012). Trying to make sense of the chaos: Clinical psychologists' experiences and perceptions of clients with "borderline personality disorder". *Personality and Mental Health*, 6, 111-125.
- Miller, S. G. (1994). Borderline personality disorder from the patient's perspective. *Psychiatric Services*, 45(12), 1215-1219.
- Moran, P. (2002). *The Epidemiology of Personality Disorders*. London, UK: Department of Health.
- Morgan, D. L. (1988). *Focus Groups as Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nehls, N. (1998). Borderline personality disorder: gender stereotypes, stigma and limited system of care. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(2), 97-112.
- Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: the voice of patients. *Research in Nursing and Health*, 22, 285-293.
- Nehls, N. (2000). Recovering: a process of empowerment. *Advanced Nursing Science*, 22(4), 62-70.
- NIMHE (2003). *Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion*. London: Department of Health.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26.
- Papakostas, Y. G., Papakosta, V. M., & Markianos M. (2008). The notion of "Sisyphus task" in medicine: A reconstruction. *Psychiatriki*, 19(4), 330-336.
- Paris, J. (1993). The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its long-term outcome. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(1), 28-34.
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53(3), 257-278.
- Perseus, K.-I., Ekdahl, S., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2005). To tame a volcano: patients with borderline personality disorder and their perceptions of suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4), 160-168.
- Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Sigmundova, Z., Stepecky, M. & Vyskocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers*,

- 154(3), 189-198.
- Reiser, D. E., & Levenson, H. (1984). Abuses of the borderline diagnosis: a clinical problem with teaching opportunities. *The American Journal of Psychiatry*, 141(12), 1528-1532.
- Rizq, R. (2012). 'There's always this sense of failure': An interpretative phenomenological analysis of primary care counsellors' experiences of working with the borderline client. *Journal of Social Work Practice*, 26(1), 31-54.
- Rogers, B., & Acton, T. (2012). "I think we're all guinea pigs really": a qualitative study of medication and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 341-347.
- Rogers, B., & Dunne, E. (2011). 'They told me I had this personality disorder... All of a sudden I was wasting their time': personality disorder and inpatient experience. *Journal of Mental Health*, 20(3), 226-233.
- Sharrock, R., Day, A., Qazi, F., & Brewin, C. R. (1990). Explanations by professional care staff, optimism and helping behaviour: An application of attribution theory. *Psychological Medicine*, 20(4), 849-855.
- Stroud, J., & Parsons, R. (2012). Working with borderline personality disorder: A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7, 242-253.
- Stuart, G. W., & Lараia, M.,T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 8th Edition. St. Louis, Mo, USA: Mosby.
- Sulzer, S. (2015). Does "difficult patient" status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social Science and Medicine*, 142, 82-89.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 28(5), 734-750.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Treloar, A. J. (2009). Effectiveness of education programs in changing clinicians' attitudes toward treating borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 60, 1128-1131.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). "Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders". *Journal of personality disorders* 24(4), 412-426.
- Veyssey, S. (2014). People with a borderline personality disorder diagnosis describe discriminatory experiences. *Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 9(1), 20-35.
- Wiltjer, H. (2017). *Exploring the Assessment Process on a Ward for Older People: A Constructivist Grounded Theory*. Unpublished PhD thesis, University of Warwick.
- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). "Destructive Whirlwind": nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 703-709.
- Zanarini, M. C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., & Grant, B. F. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *Journal of personality disorders*, 25(5), 607-619.

