



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**COMPORTAMENTO SUICIDARIO: L'IMPORTANZA
DELLA COMUNICAZIONE E DELLA PREVENZIONE
DEL RISCHIO IN PAZIENTI CON DISTURBO
BORDERLINE DI PERSONALITÀ**

Relatore: Prof. Danieli Andrea

Correlatore: Dott. Padoani Walter

Laureanda: Cameriero Irene

(matricola n.: 2050352)

Anno Accademico 2023-2024

ABSTRACT

La tesi ha lo scopo di analizzare e approfondire il tema del comportamento suicidario in pazienti affetti da Disturbo Borderline di Personalità (DBP). Dopo aver definito la differenza tra comportamento suicidario e suicidio e aver chiarito cosa sono i disturbi di personalità, verranno analizzate le cartelle cliniche dei pazienti con diagnosi di DBP seguiti dal Centro di Salute Mentale (CSM) di Camposampiero; che hanno presentato comportamenti suicidari ed hanno partecipato al Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT). Questa forma di intervento, della durata di 18 mesi, viene offerta dal CSM con lo scopo di recuperare o rafforzare le capacità di mentalizzazione dei pazienti, tramite la psicoterapia individuale e di gruppo. Durante l'analisi di queste cartelle sono stati presi in considerazione alcuni item (autolesionismo, pregressi tentativi di suicidio, abuso di alcol o sostanze) per verificare quanto sia realmente efficace questa tipologia di azione e per identificare dei possibili fattori comuni che possano permettere all'infermiere di individuare precocemente i pazienti a rischio. È stata inoltre condotta anche un'intervista agli infermieri del CSM di Camposampiero riguardo la gestione di questa categoria di pazienti e lo svolgimento dell' MBT (a cui partecipa congiuntamente un'equipe di medici e altre figure professionali) sia per cercare di delineare il ruolo che svolgono gli infermieri sul campo, sia per aiutare quelli futuri a formarsi in questo ambito.

INDICE

1. INTRODUZIONE	3
2. QUADRO TEORICO	5
2.1 COMPORTAMENTO SUICIDARIO	5
2.2 DISTURBI DI PERSONALITA' E DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ	6
2.3 TRATTAMENTO BASATO SULLA MENTALIZZAZIONE	11
3. SCOPO DELLO STUDIO	15
4. MATERIALI E METODI	17
4.1 DEFINIZIONE DEL QUESITO P.I.O.	17
4.2 ELEMENTI DELLA RICERCA	17
5. RISULTATI	19
6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	24
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	28
ALLEGATI	

1. INTRODUZIONE

Lo scopo di questa tesi è approfondire la problematica del comportamento suicidario e l'importanza della prevenzione da parte degli infermieri. Verrà condotta una raccolta dati su 25 cartelle cliniche appartenenti ad un gruppo di lavoro condotto su un pool di pazienti con Disturbo Borderline di Personalità, presso il Centro di Salute Mentale di Camposampiero dall'anno 2022.

Dopo aver sottoposto agli infermieri un questionario sul tema si cercherà di individuare la presenza di alert o sintomi standardizzati in questa tipologia di pazienti che presentano un alto rischio di commettere l'atto suicidario o agiti autolesivi.

Con questa tesi si cercherà di individuare e stabilire l'esistenza o meno di fattori comuni tra i pazienti che soffrono di questo disturbo e che hanno compiuto azioni volte a ledere la propria persona anche allo scopo di togliersi la vita e di evidenziare l'effettivo contributo del Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT), il quale viene utilizzato in questa struttura.

L'augurio è quello di redigere, in futuro, uno strumento fruibile da parte degli operatori sanitari che possa aiutarli ad individuare precocemente i segnali sopra indicati e di sostenere quindi la persona in difficoltà.

2. QUADRO TEORICO

2.1 COMPORAMENTO SUICIDARIO

Con il termine suicidio s'intende la morte causata da un atto di autolesionismo che ha come obiettivo quello di essere letale. Tale azione è raramente correlata ad un raptus, poiché solitamente è preceduta da pensieri, ragionamenti, intenzionalità e/o conflitti interni ed esterni alla persona, che conducono quest'ultima ad uno stato di sofferenza importante. È stato osservato che coloro i quali giungono a compiere il suicidio in passato avesse già presentato comportamenti suicidari¹

Il suicidio è un evento complesso legato alla salute della persona che coinvolge una serie di fattori genetici, ambientali, psicologici e comportamentali. In alcuni studi risulta che quasi il 90% delle persone che muoiono per suicidio presentavano un disturbo mentale già diagnosticato al momento del decesso².

Dai dati forniti dall' ISTAT risulta che nel 2021 in Italia ci sono stati 3810 morti per suicidio, il numero più alto registrato al Nord-Ovest con 1152 decessi³.

Il comportamento suicidario presenta diverse espressioni tra cui il suicidio compiuto, il tentato suicidio e l'ideazione suicidaria, solo per citarne alcune. Tuttavia è fondamentale comprenderne le differenze:

Suicidio: La morte della persona.

Ideazione suicidaria: Pensieri ricorrenti di uccidersi dove la persona in alcuni casi può anche pianificarne il modo, dove e quando.

Suicide attempt survivors (Sopravvissuti a un tentativo di suicidio): persone con una propria esperienza personale di pensieri o tentativi di suicidio.

Tentato suicidio: Atti autolesivi che hanno come scopo quello di uccidere ma che alla fine risultano non fatali.

Mancato suicidio: Comportamento fallito di auto-soppressione, che si differenzia dal tentato suicidio per le modalità con cui è stato attuato, chiaramente letali e senza spazio intenzionale per l'evitamento della morte.

Minaccia di suicidio: Pensieri di compiere gesti autolesionisti che vengono riferiti verbalmente allo scopo di far credere a chi li ascolta che hanno intenzione di uccidersi anche se la reale intenzione non c'è.

Gesti suicidi: Agiti autolesivi che facciano intendere agli altri che la persona ha intenzione di uccidersi ma questa intenzione non è reale⁴.

Parasuicidio: Il termine fa riferimento a tutte le manifestazioni di comportamenti suicidari non fatali, indipendentemente dal livello di intenzione suicidaria e dalle conseguenze o meno sanitarie del gesto⁵.

2.2 DISTURBI DI PERSONALITÀ' E DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ'

Con il termine temperamento s'intende l'insieme delle disposizioni comportamentali presenti fin dalla nascita, determinata dalle disposizioni di natura genetica-ereditaria. Il carattere è un insieme piuttosto stabile nel tempo che riflette il modo di agire, i comportamenti influenzati dai pensieri e sentimenti interni e dal modo in cui la persona si relaziona con l'esterno; si sviluppa nel momento in cui quest'ultima inizia ad interiorizzare e render propri i modelli e le regole sociali del gruppo d'appartenenza. Dall'insieme di questi due fattori ha origine la personalità la quale si evolve dalla nascita fino all'età adulta, questa crea valori, modelli di comportamento, forme organizzative sociali che possono modificare l'ambiente e la personalità stessa. Si tratta quindi anche di fattori educativi, ambientali e culturali, oltre che biologici e psichici⁶.

I disturbi di personalità sono caratterizzati da un pattern abituale pervasivo e persistente di pensiero, percezione, reazione e relazione che determina un disagio clinicamente significativo o la compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (DSM 5) o addirittura una compromissione funzionale del senso di autoconservazione; esso si presenta come il tratto più preoccupante in quanto nel momento in cui tale senso viene compromesso aumenta esponenzialmente la possibilità di commettere gesti con lo scopo di terminare la

propria vita. I disturbi di personalità si differenziano per il modo in cui si manifestano, ma si ritiene che tutti siano causati da una combinazione di fattori genetici e ambientali

Gradualmente molti tendono a diventare meno gravi con l'età, ma alcuni tratti possono persistere anche dopo che la sintomatologia acuta, che ha portato alla diagnosi del disturbo, si riduce. Tali tipologie di disturbo solitamente sono evidenti già durante la tarda adolescenza o all'inizio dell'età adulta (permettendo quindi un potenziale intervento preventivo) e compaiono nel momento in cui i tratti di personalità diventano così pronunciati, rigidi e disadattivi da compromettere il funzionamento lavorativo e interpersonale del soggetto.

Un altro fattore caratterizzante nei DBP è il trauma. Esso secondo alcune ricerche è presente in misura maggiore in tali soggetti rispetto a chi non presenta disturbi di personalità, infatti il 73% riferisce di aver subito un abuso durante l'infanzia e nel 34% risulta essere di natura sessuale mentre per l'82% di trascuratezza o neglect⁷. Si tratta quindi di eventi precisi o dilatati nel tempo che segnano profondamente la persona già dall'infanzia⁸.

La maggior parte dei disturbi di personalità inoltre hanno livelli di ereditabilità del 50% circa.

Tali disturbi sono divisi dal DSM-5 in 3 clusters⁹:

Il primo, ovvero il cluster A è caratterizzato da comportamenti che appaiono strani o eccentrici. Identificabili nei seguenti disturbi:

- Paranoide: diffidenza e sospettosità
- Schizoide: disinteresse negli altri
- Schizotipico: idee e comportamenti eccentrici

Il secondo è il cluster B che presenta comportamenti drammatici, emotivi, o stravaganti. Individuabile nei disturbi:

- Antisociale: irresponsabilità sociale, disprezzo per gli altri, inganno e manipolazione degli altri per guadagno personale
- Borderline: vacuità interiore, relazioni instabili e disregolazione emozionale
- Istrionico: ricerca di attenzioni ed emotività eccessiva

- Narcisistico: grandiosità di sé, necessità di adulazione, e mancanza di empatia

In fine vi è il cluster C, caratterizzato da comportamenti ansiosi o paurosi. Tra questi abbiamo i disturbi:

- Evitante: evitamento del contatto interpersonale dovuto a sensibilità al rifiuto
- Dipendente: arrendevolezza e necessità di essere accudito
- Ossessivo-compulsivo: perfezionismo, rigidità ed ostinazione

In questa tesi i dati raccolti riguardano pazienti con disturbo Borderline di personalità il quale è contraddistinto da una costante instabilità e ipersensibilità nelle relazioni interpersonali, un'immagine di sé mutevole, sbalzi d'umore estremi e comportamenti impulsivi. Dal punto di vista eziologico se vi è una predisposizione ereditaria e a questo si aggiungono, durante la prima infanzia, eventi stressanti o avversi, questi possono contribuire allo sviluppo della patologia di cui sopra.

“Alcune persone possono avere una tendenza genetica ad avere risposte patologiche alle condizioni ambientali stressanti, i parenti di primo grado di pazienti con disturbo borderline di personalità hanno 5 volte più probabilità di avere la malattia rispetto alla popolazione generale”¹⁰.

“Gli stili relazionali che si instaurano tra i genitori ed i figli sono fondamentali per un normale sviluppo della capacità di mentalizzazione e di un attaccamento sicuro nel bambino. È stato riscontrato che questi stili relazionali hanno un ruolo nello sviluppo della psicopatologia nel passaggio da bambino ad adulto, sembra che l'attaccamento disorganizzato nell'infanzia sia fortemente correlato con lo sviluppo di DBP in età adulta”¹¹.

Si tratta inoltre di persone che dimostrano una vera e propria intollerabilità alla solitudine, infatti sono pronti a fare qualsiasi cosa pur di evitare l'abbandono, come ad esempio compiere gesti autolesivi che possono poi sfociare in gesti suicidari. Quando i pazienti con disturbo borderline di personalità si sentono abbandonati o trascurati, provano un'intensa paura o rabbia fino a non essere più in grado di controllare tali emozioni.

I pazienti con disturbo borderline di personalità possono anche bruscamente e drammaticamente cambiare la direzione della propria vita, come dimostrato da improvvisi cambiamenti nei loro obiettivi, valori, opinioni, tipo di carriera o amicizie. Segni inoltre tipici del paziente Borderline sono proprio i cambiamenti improvvisi di umore (intensa disforia, irritabilità, ansia, ...) che presentano solitamente una durata di alcune ore, riflettendo in questo modo l'estrema sensibilità alle sollecitazioni interpersonali.

“L'impulsività che porta all'autolesionismo è comune nei soggetti con disturbo Borderline. Questi pazienti possono avere atteggiamenti sconsiderati quali: scommettere, dedicarsi a rapporti sessuali non protetti, abbuffarsi, guidare incautamente, fare abuso di sostanze come psicofarmaci, droghe e alcool o spendere senza alcun tipo di criterio i propri soldi, ecco perché i comportamenti suicidari, i gesti, le minacce e l'autolesionismo sono molto comuni in questi casi, nonostante molte di queste azioni autodistruttive non hanno il fine primario di mettere termine alla propria 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”¹².

“I dati presenti in letteratura riportano che almeno un terzo (31-62%) dei soggetti che hanno commesso un suicidio e fino al 77% di coloro che l'hanno tentato erano portatori di un disturbo di personalità”¹³.

L'ideazione e i tentativi di suicidio negli individui con disturbo Borderline di personalità presentano stime di prevalenza che vanno dall'84% al 94% e circa dal 5% al 10% degli individui con DBP muoiono per suicidio¹⁴.

Questi atti autodistruttivi di solito possono essere innescati da vari elementi che sono alla base della valenza comunicativa, la richiesta d'aiuto e una frustrazione del sistema d'attaccamento come ad esempio la paura di essere abbandonati o la delusione da parte di una figura relazionale significativa.

L'auto-mutilazione può spesso servire a compensare il senso di colpa, per sfuggire a emozioni intense e dolorose e per riconnettersi con la realtà durante episodi dissociativi¹⁵.

Per quanto riguarda gli episodi dissociativi, s'intende ciò che molti di noi occasionalmente sperimentano, ovvero un fallimento nella normale integrazione automatica di ricordi, percezioni, identità e coscienza. Un esempio concreto è quando le persone guidano per un certo tragitto (soprattutto quando questo è familiare) e poi si accorgono di non ricordare molti particolari del viaggio, poiché erano assorti in preoccupazioni personali, nell'ascoltare musica o erano intente a conversare con un altro passeggero. Solitamente tale fallimento, riferito come una dissociazione non patologica, non interrompe le attività quotidiane.

Esistono soggetti, invece, che possono completamente dimenticare una serie di comportamenti normali che svolgono quotidianamente e addirittura non riconoscere interi periodi di tempo della loro vita, questo può durare minuti, ore, giorni, o settimane. Questo meccanismo è osservabile in persone che soffrono di disturbi dissociativi o chi presenta già altre patologie, è così che l'integrazione normale di coscienza, memoria, percezione, identità, emozione, rappresentazione del corpo, controllo motorio e comportamento vengono interrotti e di conseguenza si perde la continuità del sé¹⁶.

È stato riscontrato che il 56% dei pazienti con tendenze suicide e che presentano DBP sono ricoverati in strutture adibite alla cura della salute mentale¹⁴:

- Centro di Salute Mentale (CSM), per l'assistenza ambulatoriale
- Strutture Residenziali (SR), che vengono distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative (CTRP, CA, GAP)
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e Day Hospital (DH), per i servizi ospedalieri

Analizzando le cartelle cliniche sono emersi alcuni fattori comuni che non è stato possibile rilevare con misurazioni quantitative, ma è comunque utile valorizzarle.

Le difficoltà in ambito relazionale sono uno dei fattori individuati più spesso nei pazienti che hanno preso parte al trattamento e probabilmente è collegabile alla presenza di famiglie disfunzionali, anche questo un fattore spesso presente nei background dei pazienti. Avere alle spalle questa tipologia di figure genitoriali non permette all'individuo di creare una sana concezione di sé e nella maggior parte dei

casi di instaurare relazioni altrettanto sane con chi li circonda, rischiando di trasportarli in compagnie che alimentano questo meccanismo tossico per le persone che lo vivono.

È stato possibile notare che i pazienti provano una “sensazione di vuoto” che spesso collegano al fatto di non sapere cosa intraprendere una volta concluso il percorso di studi. Questa sensazione è spesso ricollegata anche alla paura per il futuro, al “non essere abbastanza” per qualsiasi tipo di impiego lavorativo futuro o più semplicemente non sentirsi all’altezza delle aspettative altrui, mettendo questi soggetti già fragili ancora più in difficoltà. La paura del futuro è sicuramente un fattore da non sottovalutare poiché non aiuta il soggetto ad esprimersi completamente e a potenziare le proprie capacità sfociando così nel senso di fallimento che è stato riscontrato essere quasi sempre legato o addirittura nato dall’ambito scolastico/universitario che, nella maggior parte dei casi, hanno aumentato tale sensazione e hanno intaccato ancor di più la sensibilità e il malessere già presenti.

2.3 TRATTAMENTO BASATO SULLA MENTALIZZAZIONE

Il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT) è una tecnica psicoterapeutica che associa un intervento individuale e uno di gruppo, che si pone come obiettivo il recupero o il rafforzamento delle capacità di mentalizzazione nei soggetti che non hanno potuto svilupparle in maniera adeguata, spesso in virtù di esperienze relazionali traumatiche, nel periodo evolutivo. In tale contesto la mentalizzazione è definita come *“l’innata capacità immaginativa umana di percepire e interpretare il comportamento di sé e degli altri come congiunti con stati mentali intenzionali, quali desideri, motivazioni, sentimenti e credenze. In termini più immediati, descriviamo la mentalizzazione come l’attenzione al pensiero e ai sentimenti in sé e negli altri, oppure, in breve, come tenere a mente la mente”*¹⁷.

L’MBT venne formulato da Anthony Baeteman e Peter Fonagy e nasce prevalentemente per il trattamento del disturbo Borderline di personalità il quale è caratterizzato da un disturbo nell’organizzazione del Sé, disregolazione emotiva e impulsività in più aree dell’agire quotidiano e relazionale. In letteratura è stato evidenziato l’incremento della capacità di mentalizzazione con il miglioramento di

diverse dimensioni sintomatologiche, del senso di agentività (la capacità che un individuo ha di agire, di costruire la propria identità), di autoefficacia personale e del funzionamento interpersonale e occupazionale. Alcuni studi hanno osservato che l'MBT era più efficace nella riduzione dell'autolesionismo, dei gesti suicidari e della depressione sia nel breve che lungo termine, rispetto al TAU (trattamento di routine). Nel 2012, l'équipe del Centro di Salute Mentale (CSM) di Camposampiero, che serve un territorio di circa 150.000 abitanti, ha scelto di strutturare un percorso di cura specificamente dedicato ai pazienti con Disturbo Borderline di Personalità (DBP), che rappresentavano il 12.89% delle prime diagnosi degli utenti del Servizio, ma che probabilmente rendevano conto di almeno il 25% del totale delle diagnosi; dato che molti utenti venivano inizialmente diagnosticati come soggetti affetti da disturbi dell'umore, d'ansia, dipendenza da sostanze o disturbi alimentari. Si è inizialmente costituito un team di operatori interessati al progetto, che, nel corso dei due anni successivi, si è dedicato ad un'analisi della letteratura sull'argomento, ad una formazione specifica nell'ambito del trattamento dei disturbi di personalità e ad un'analisi delle particolari esigenze cliniche della popolazione che usufruisce del Servizio e delle risorse che quest'ultimo poteva mettere in campo, optando alla fine per il modello MBT.

L'équipe multi-professionale è composta da: Medico psichiatra, Psicologo psicoterapeuta, Infermiere, Assistente sociale, Educatore/tecnico della riabilitazione psichiatrica, Operatori socio sanitari e personale idoneo a svolgere attività amministrative e di segreteria. Lo psichiatra territoriale del CSM, oltre ad essere il riferimento per l'équipe MBT per valutare se inserire o meno un paziente nel programma, resta il case manager per l'intera durata del percorso, assicurando in questo modo la continuità delle cure. Esprime una diagnosi iniziale e valuta l'indicazione all'inserimento nel programma MBT per quel determinato paziente; durante le visite di controllo programmate, discute l'andamento del percorso con l'obiettivo di rinforzare la motivazione a partecipare; il paziente viene accompagnato fino alle fasi conclusive e insieme si decide la necessità o meno di proseguire la presa in carico presso il CSM. Lo psichiatra inoltre continua a mantenere il controllo decisionale sulla continuazione del trattamento farmacologico concomitante, sulle scelte in merito a ricoveri o su altri interventi d'urgenza e sull'organizzazione di

eventuali programmi socio-assistenziali assieme all'Assistente Sociale. Nei 18 mesi in cui il paziente segue il programma MBT il terapeuta territoriale diminuisce in maniera significativa le visite di controllo programmate al CSM, ma viene coinvolto per la discussione del caso nelle riunioni del gruppo MBT in base alle necessità che possono emergere o in caso di difficoltà del paziente ad aderire in maniera efficace al programma.

Gli infermieri, oltre a gestire gli aspetti organizzativi che riguardano l'équipe o gli stessi pazienti, hanno un ruolo attivo nella co-conduzione del gruppo psicoterapeutico. Si tratta di un elemento particolarmente significativo per il successo terapeutico del trattamento di questa particolare tipologia di utenti, poiché permette di instaurare un tipo di relazione più informale ed immediata rispetto a quella tipica del clinico. Inoltre, informano l'intera équipe infermieristica sui pazienti coinvolti, consentendo così di coordinare meglio i contatti, che spesso avvengono in situazioni di emergenza o tramite supporto telefonico, adottando così un approccio basato sui principi della mentalizzazione.

“Sembra anche che l’atteggiamento e le attitudini con le quali il personale medico e infermieristico si cimentano nella gestione di questi pazienti possano influenzare il rischio di suicidio. Demoralizzazione e sfiducia, così come pure conflitti tra colleghi o mancanza di comunicazione e collaborazione, sono fattori ritenuti importanti nell’influenzare il rischio di suicidio. Pazienti che vengono spostati da un reparto a un altro o che vengono messi in stanze singole senza adeguato sostegno emotivo sono descritti come a maggior rischio. I reparti in cui invece regna calma, collaborazione, spirito di squadra e dove vengono erogati programmi di informazione sul suicidio sono luoghi in cui il rischio di suicidio è minore”¹⁸.

Il programma prevede che a tutti i pazienti segnalati dallo psichiatra di riferimento territoriale come portatori di Disturbo Borderline di Personalità venga proposta come metodologia di cura la Terapia Basata sulla Mentalizzazione, le sedute, sia individuali, sia di gruppo, hanno frequenza settimanale e il numero di partecipanti al percorso di cura è al massimo di 10 persone. Prima del percorso psicoterapeutico viene proposto ai pazienti con DBP un gruppo introduttivo all'MBT. Il gruppo introduttivo ha l'obiettivo di facilitare l'inizio del percorso terapeutico, tramite il rispecchiamento su

alcune delle tematiche discusse durante gli incontri. Inoltre, è finalizzato a promuovere la comprensione di alcuni concetti inerenti alla strutturazione del trattamento e alla mentalizzazione. Il numero di incontri e le tematiche trattate possono essere adattate in base alle valutazioni cliniche e alle esigenze specifiche di ogni paziente.

Per quanto concerne il ruolo dell'infermiere all'interno del programma di psicoterapia esso ha una funzione importantissima in quanto co-conduttore del gruppo psicoterapeutico, anche per quanto riguarda la conduzione dei gruppi di psicoeducazione rivolti a pazienti e familiari e come riferimento principale per i/le pazienti nei momenti interstiziali del programma di cura (primo ascolto nelle richieste di aiuto estemporanee e nelle urgenze, sollecito telefonico o via posta elettronica in merito alle sedute individuali o del gruppo, gestione e richiamo del calendario degli incontri sia terapeutici sia testistici, raccordo con il resto dell'équipe infermieristica non direttamente coinvolta nel programma, ecc. Il programma MBT prevede anche un percorso di gruppo di 12 sedute rivolto ai familiari che vivono a stretto contatto con i pazienti, e che quindi possono incontrare le difficoltà più intense nel relazionarsi con loro), poiché durante questa tipologia di sedute non vengono trattate le situazioni personali dei pazienti ma ci si concentra su tematiche prestabilite (come ad esempio i temi della rabbia, dell'impulsività, dell'attaccamento, del funzionamento del trattamento MBT). Con i soggetti si sviscera la tematica nel suo significato generale, senza entrare nel dettaglio delle esperienze personali, mentre con i familiari si tratta l'argomento facendo contrariamente riferimento alle esperienze personali vissute con il paziente e come far fronte e gestire determinate situazioni che si sono presentate o possono in un futuro presentarsi, in modo tale da imparare l'importanza della continuità terapeutica anche alla fine del trattamento.

Per avere una più chiara visione delle fasi che vengono attuate durante la psicoeducazione vedi *allegato 1*.

3. SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo di questo studio è la ricerca di fattori comuni che possano essere considerati dei campanelli d'allarme riguardo il comportamento suicidario e/o agiti autolesivi che possono mettere in serio rischio la vita dei pazienti. Tale indagine è stata condotta attraverso l'analisi delle cartelle cliniche di 25 pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (DBP) seguiti presso il Centro di Salute Mentale di Camposampiero (CSM) che hanno preso parte al Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT). Partendo dal presupposto che ogni paziente differisce dagli altri si cercherà comunque di individuare la possibilità della presenza di tali fattori, in modo da agevolare gli infermieri nella prevenzione e nel dare il giusto aiuto alle persone che si trovano in tali condizioni e in strutture dedite alla salute mentale, come il CSM. Attraverso la raccolta dati si cercherà di evidenziare l'effettiva utilità dell' MBT in questa tipologia di pazienti, ponendo particolare attenzione sulla frequenza degli agiti autolesivi e comportamenti suicidari a inizio trattamento e subito dopo il termine dei 18 mesi. Rimangono altre variabili molto influenti e importanti sull'andamento positivo o meno del paziente quali gli accessi in urgenza, i ricoveri e l'abuso di alcol/farmaci, questi verranno ripresi poi nei risultati.

È nell'interesse dell'infermiere riuscire ad individuare eventuali fattori comuni in pazienti con DBP per poter diminuire l'incidenza di simili comportamenti e per aiutare questi pazienti a non ricadere in tali scelte nel futuro.

Lo scopo inoltre è cercare di trovare le giuste modalità di comunicazione che l'infermiere deve avere nei loro confronti, sia per poter preventivamente individuare i campanelli d'allarme sia per dare l'aiuto di cui necessitano il prima possibile cercando quindi di evitare che mettano a rischio la propria vita anche in maniera irreversibile, l'aiuto può avvenire soprattutto tramite psicoterapia, psichiatri, aiuto farmacologico ed eventuali gruppi terapeutici come l' MBT.

4. MATERIALI E METODI

4.1 DEFINIZIONE DEL QUESITO P.I.O.

P = (problema) Persone affette da Disturbo Borderline di Personalità che hanno presentato comportamenti suicidari e agiti autolesivi

I = (interventi) Programma MBT

O = (outcome/risultati) Diminuzione casi a rischio comportamento suicidario

4.2 ELEMENTI DELLA RICERCA

Questa ricerca si inserisce all'interno di un programma terapeutico di ricerca più ampio: "APPLICAZIONE DEL MENTALIZATION-BASED-TREATMENT (MBT) NEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ E NEI SOGGETTI AFFETTI DA PSICOSI NEL CENTRO DI SALUTE MENTALE DI CAMPOSAMPIERO, PADOVA, REGIONE VENETO, ITALIA." Per approfondimenti più specifici *si rimanda all' allegato 1.*

Il protocollo di ricerca è stato approvato dal Comitato Etico dell'AULSS (Protocollo n. 0008235 del 09/02/2021).

Per realizzare questa indagine sono state prese in esame 25 cartelle cliniche di pazienti con DBP che hanno preso parte al gruppo MBT presso il Centro di Salute Mentale di Camposampiero. Sono stati analizzati il diario clinico dove sono riportati i colloqui avuti con il/la psicoterapeuta e gli incontri mensili con il/la psichiatra, se assumono terapia farmacologica ed eventualmente il tipo di piano terapeutico che seguono, la motivazione per cui si sono rivolti al CSM o, eventualmente se hanno avuto dei contatti presso il Pronto Soccorso dato che vi hanno accesso circa l'80% dei pazienti che tentano il suicidio ed è il primo punto di contatto e di aiuto¹³.

Infine si controllano eventuali precedenti ricoveri.

Allo scopo di comprendere meglio il comportamento dei pazienti e valutare i pensieri autolesionistici avuti in passato sono stati considerati anche due questionari distribuiti all'inizio e al termine dei 18 mesi di trattamento MBT, quali:

Questionario sull'Adattamento alla Comunità (CAQ), *vedi allegato 2*

Scheda di Valutazione Anamnestica, *vedi allegato 3*

Per comprendere appieno il ruolo e la figura dell'infermiere in questo contesto è stata condotta un'intervista a un infermiere che lavora presso il CSM di Camposampiero e spesso ha partecipato come co-conduttrice durante il trattamento MBT. *Vedi allegato 4*

Attraverso tale intervista si vuole evidenziare l'importanza e la tipologia di sostegno che l'infermiere fornisce al paziente durante il trattamento.

È stato elaborato un documento in cui sono stati raccolti vari dati relativi ai pazienti, come il sesso, l'età, l'occupazione e, soprattutto, il numero di tentativi di suicidio e/o comportamenti autolesionistici. Questa raccolta di informazioni è stata fondamentale per comprendere meglio la situazione di ciascun paziente e per analizzarne le tendenze nel tempo.

Per monitorare le modifiche di tali comportamenti, sono stati utilizzati due momenti di riferimento: l'inizio del trattamento, identificato con la sigla T₀, e il termine dei 18 mesi di terapia, contrassegnato con la sigla T₂.

Per valutare l'impatto del trattamento MBT sulle variabili riguardanti i comportamenti del singolo sono state utilizzate le analisi multiple unidirezionali dei test della varianza per misure ripetute ed il test di "traccia di Pillai" è stato scelto perché considerato più affidabile in presenza di condizioni non perfette. Tale test ci permette di capire se ci sono differenze significative tra i gruppi presi in esame.

5. RISULTATI

L'analisi descrittiva del campione ha evidenziato che il genere prevalente tra i pazienti è quello femminile, con un'età media collocabile tra 18 e 22 anni. È peculiare osservare che la maggior parte dei soggetti avevano cominciato un percorso scolastico a inizio trattamento ma che solo un numero limitato di questi ha successivamente trovato un'occupazione lavorativa. In termini di scolarità, quasi tutti i pazienti hanno conseguito almeno il diploma di scuola media inferiore (terza media), sebbene una piccola percentuale ha interrotto il percorso educativo prima di conseguire il diploma di scuola superiore.

Per quanto riguarda lo Stato Civile, all'interno del campione di 25 pazienti, la maggioranza, pari al 36%, risulta celibe o nubile, dando così la conferma che prevalgono le persone non sposate.

Un aspetto altrettanto rilevante riguarda il trattamento attraverso i farmaci: quasi la totalità dei pazienti, oltre a seguire trattamenti di psicoterapia, seguono contemporaneamente una terapia medica, integrando così un approccio terapeutico che coinvolge sia il supporto psicologico sia quello farmacologico (Figura 1).

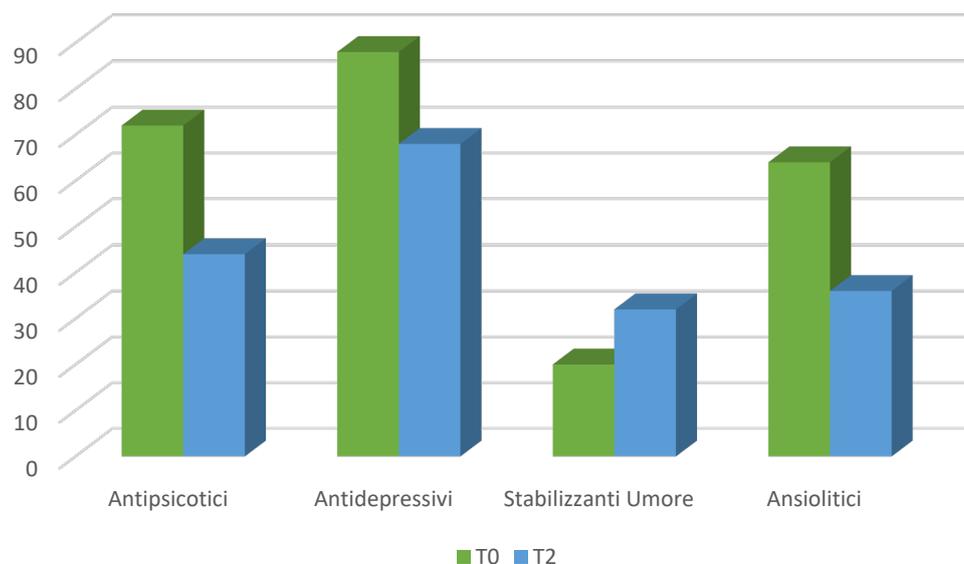


Figura 1 *Terapia Farmacologica*

Analizzando le differenze rilevate tra l'inizio del trattamento (T₀) e la fase conclusiva, ovvero dopo i 18 mesi di terapia (T₂), l'interesse assoluto sono gli agiti autolesivi e i comportamenti suicidari. Questi aspetti sono di cruciale importanza per poter comprendere l'efficacia dell'MBT e conseguentemente, per individuare eventuali miglioramenti nell'intervento terapeutico, in particolar modo ciò che riguarda la figura dell'infermiere, sul quale si vuole porre la massima attenzione.

Da una stima preliminare dei risultati, si può chiaramente notare che i soggetti hanno mostrato una riduzione significativa di quei comportamenti volti a porre fine alla propria vita.

Una delle variabili prese in esame è il comportamento suicidario (Figura 2.1) di cui è possibile vedere una netta diminuzione, insieme alla variabile degli agiti autolesionistici (Figura 2.2). In entrambi i grafici sono riportate le percentuali di T₀, T₂ riguardanti i dati appresi di 25 pazienti e del Follow Up (FU) che comprende solo 12 di questi, di cui risulta lo 0% dato che nessuno dei soggetti ha riportato agiti autolesionistici o comportamenti suicidari ad un anno di distanza dal trattamento.

Le informazioni raccolte ci forniscono la possibilità di riflettere sull'efficacia complessiva di questa tipologia d'approccio terapeutico e sul ruolo che ricopre l'infermiere nel percorso di cura. Fondamentale sarebbe continuare a monitorare questa tipologia di pazienti e i loro comportamenti per poter incrementare i risultati ottenuti al fine di migliorare e continuare la cura e il benessere di queste persone.

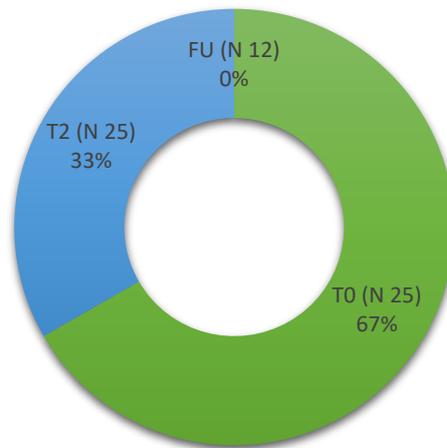


Figura 2.1 *Comportamento Suicidario*

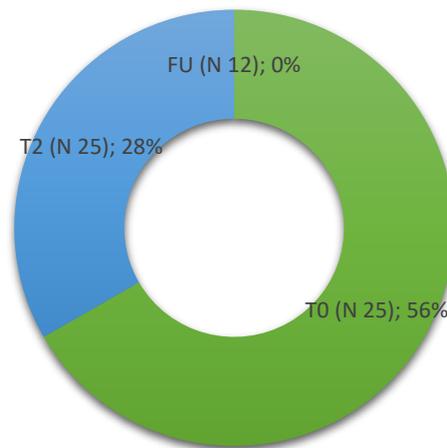


Figura 2.2 *Autolesionismo*

Nello studio condotto sulla terapia MBT sono state analizzate le variabili che indicano la funzionalità dello stesso. Per ogni variabile è stata utilizzata la Traccia di Pillai e di seguito vengono riportati i risultati del confronto tra T₀ e T₂:

- Numero visite ambulatoriali; Valore = .855, $F = 23.529^b$, $p = .008$
- Abuso di sostanze; Valore = .218, $F = 6.682^b$, $p = .016$
- Abuso di alcol; Valore = .180, $F = 5.268^b$, $p = .031$

- Autolesionismo; Valore = .280, F = 9.333^b, p = .005
- Antidepressivi; Valore = .174, F = 4.632^b, p = .043

Per quanto riguarda l'utilizzo degli Stabilizzanti dell'umore, dalla ricerca effettuata ne è emerso l'aumento del loro utilizzo. Durante il T₀ la percentuale dei pazienti che ne facevano uso era del 20% mentre durante il T₂ la percentuale è aumentata passando al 32%. Si ipotizza che tale cambiamento sia dato dal fatto che i soggetti durante la terapia (T₀) necessitassero un aiuto mirato alla diminuzione dell'ansia e di quei fattori che "scatenavano" i pensieri autolesivi/suicidari. Al termine della terapia (T₂), invece, i pazienti necessitano principalmente un aiuto di tipo farmacologico per stabilizzare le oscillazioni dell'umore, tipiche in chi soffre di DBP.

Sono inoltre riportate le variabili più significative in una Scheda Valutazione Paziente (Tabella I), in cui è possibile verificare il cambiamento delle variabili dal periodo T₀ e T₂ in cui il numero dei pazienti presi in esame è di 25, mentre per quanto riguarda i dati del Follow Up (FU) è stato possibile risalire solamente a 12 di questi.

<i>SVP (N 25)</i>	T₀ (N 25)	T₂ (N 25)	FU (N 12)
<i>ACCESSI IN URGENZA</i>	48%	32%	8%
<i>RICOVERI</i>	44%	12%	0%
<i>ABUSO DI SOSTANZE</i>	40%	12%	8%
<i>ABUSO DI ALCOL</i>	40%	16%	17%
<i>AUTOLESIONISMO</i>	56%	28%	0%
<i>TENTATIVI DI SUICIDIO</i>	24%	12%	0%
<i>PSICOFARMACI</i>	96%	84%	58%

Tabella I

6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dall'analisi effettuata e dai risultati emersi si evince che questa tipologia di trattamento è di grande sostegno per i pazienti che soffrono di DBP e che tendono a compiere agiti autolesivi e comportamenti suicidari. Come si è potuto vedere il tasso dei comportamenti suicidari è diminuito drasticamente durante il T₂, fino ad arrivare allo 0% nel Follow Up (FU), mentre per quanto riguarda gli agiti autolesivi è chiaro che sia necessario continuare la ricerca al fine di diminuire sempre più le ricadute in questa tipologia di meccanismi. In questo modo, non solo è possibile raccogliere dati, ma anche sviluppare strategie più efficaci per sostenere i pazienti nel loro percorso di cura, contribuendo a ridurre l'incidenza di tali comportamenti in futuro. L'analisi effettuata consente di perfezionare le pratiche cliniche e di adattare i trattamenti in base alle esigenze specifiche di ciascun individuo.

Tale cambiamento indica una rilevante diminuzione del rischio suicidario durante il trattamento (Figura 2.1). Nonostante ci sia stato un miglioramento per quanto concerne gli atti di autolesionismo, il calo non è stato altrettanto significativo (Figura 2.2). Ciò implica che, nonostante la terapia MBT sia efficace nel ridurre i comportamenti suicidari, ci sono ancora margini di miglioramento nella gestione del fenomeno dell'autolesionismo, indicatore di un certa resistenza all'intervento terapeutico.

Con questo studio è stato possibile rilevare l'importanza della formazione dell'infermiere riguardo le diverse tipologie di comunicazione, attraverso anche l'implementazione della terapia comportamentale, per tanto si raccomandano altre ricerche in tale ambito e l'incremento della formazione continua per coloro che operano nell'ambiente della salute mentale. Dall'intervista condotta sono emersi, oltre alla modalità di lavoro nell'ambiente del CSM e nello specifico all'interno della terapia MBT, moltissimi spunti interessanti per quanto riguarda l'atteggiamento che l'infermiere deve attuare nei confronti dei pazienti e consigli su come prevenire alcuni comportamenti a rischio.

Di seguito si riporta la suddetta intervista sottoposta ad un infermiere:

1. Puoi parlarmi del tuo ruolo come infermiere e della tua esperienza nel lavorare a contatto con pazienti che presentano il disturbo borderline di personalità e sono a rischio suicidio?

È molto importante la collaborazione con i vari membri dell'equipe per osservare, rilevare e gestire al meglio le situazioni urgenti. Rilevare i comportamenti a rischio, eventuali eventi scatenanti cercando di creare un'alleanza terapeutica e se necessario intervenire con la terapia farmacologica, se indicato.

2. Quali segnali di allarme (alert) identifichi più frequentemente nei pazienti con DBP a rischio suicidio?

Gli alert più spesso individuati sono la verbalizzazione dei pensieri di morte o pensieri negativi, il self-cutting (profondi e non), un frequente abuso di alcol, sostanze stupefacenti e psicofarmaci. In alcune occasioni consideriamo segnali d'allarme anche gli incidenti stradali "volontari".

3. Come interpreti i cambiamenti di umore e comportamento nei pazienti con DBP, in relazione al rischio suicidario?

Si tratta di elementi importanti da osservare come "testimoni" della situazione attuale, cercando poi di comprendere anche l'eventuale causa (trauma, lutto, frustrazione, evento di passaggio, situazioni stressanti).

4. Quali comportamenti tipici del DBP consideri particolarmente preoccupanti in termini di rischio suicidario?

I gesti autolesivi profondi che vanno ad interessare distretti corporei vitali, l'intossicazione da sostanze stupefacenti, l'abuso di alcol, l'ingestione di farmaci (non obbligatoriamente psicofarmaci) e agenti caustici/corrosivi e incidenti stradali gravi "provocati".

5. Come interpreti gesti autolesivi o minacce di suicidio in pazienti con DBP e quando è necessario intervenire immediatamente?

Si tratta di evidenti segnali di malessere e richieste d'aiuto a cui però bisogna dare il "giusto" peso ed identità. A volte possono essere il preludio di agiti futuri più gravi.

6. Quali strategie potrebbero essere utilizzate per monitorare costantemente i pazienti, soprattutto quando partecipano al gruppo MBT?

Considerando che l'MBT è un progetto che comprende gruppi di psicoterapia individuale, interviste e gruppi con i familiari dei pazienti partecipanti al progetto. È molto importante che ci sia una comunicazione efficiente tra i vari

componenti, soprattutto nelle interviste, durante le sedute individuali e durante l'elaborazione dei piani per la gestione della crisi del singolo paziente.

7. In che modo l'MBT ti aiuta a riconoscere i segnali di allarme (alert)?

In base alla conoscenza della storia clinica del paziente e quando si presentano comportamenti a rischio.

8. Come gestisci la comunicazione all'interno del gruppo MBT per monitorare il rischio suicidario?

Promuovendo la comunicazione di tale rischio, riuscendo al tempo stesso ad evidenziare il momento che precede un pensiero negativo, condividendo ed eventualmente creando dei passaggi dal pensiero all'agito stesso.

9. Quale formazione o risorse ritieni essenziali per riconoscere i segnali di allarme in questa tipologia di pazienti?

È necessario avere una base di Psicologia (per comprendere appieno segni, sintomi e meccanismi), l'utilizzo di progetti come l'MBT. Conoscere la storia del paziente nella sua totalità, l'uso di spazi di intervista tra le figure che sono inserite all'interno di tali progetti per comunicazioni sull'utente.

In conclusione dalle risposte analizzate si evince come la figura dell'infermiere occupi un ruolo di rilievo nella cura del paziente e nella continuità di quest'ultima. Egli infatti, attraverso la conoscenza della storia clinica di ciascun utente ha la possibilità e gli strumenti per identificare precocemente sia segnali di malessere interiore che i cambiamenti dello stato psicologico del soggetto. La dimensione di vicinanza che si instaura sia sul piano fisico che emotivo permette all'operatore sanitario di acquisire una sensibilità maggiore, tale da rilevare anche i minimi segnali d'allarme.

Per raggiungere una forma efficace d'intervento, l'infermiere deve muoversi in un'ottica di continuità terapeutica, la quale è strettamente correlata da una forma di comunicazione aperta e attiva con il paziente. Questa modalità dialogica permette di raccogliere informazioni rilevanti sia nell'immediato che in un secondo momento, inoltre acconsente l'accrescimento dell'empatia, che gioca un ruolo centrale nel sostegno e nella rassicurazione del soggetto in difficoltà.

La comunicazione attiva è inoltre utile a cogliere i segnali verbali e non verbali dell'interlocutore, i quali possono essere una fonte preziosa per recepire tutto ciò che spaventa e preoccupa il singolo.

In sintesi, si può dedurre che l'esperienza lavorativa e la capacità comunicativa rappresentano due strumenti che l'infermiere deve saper utilizzare al fine di promuovere il benessere del paziente, prevenendo in maniera efficace tutte quelle situazioni che lo mettono in pericolo di vita.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Moutier, C. (2023). *Comportamento suicida*. Tratto da Manuale MSD
Versione per i professionisti: <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/comportamento-suicida-e-atto-autolesionistico/comportamento-suicida?query=comportamento%20suicidario>
2. Arsenault-Lapierre G, K. C. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 4, 37. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-244x-4-37>
3. *Suicidi- popolazione di 15 anni e oltre*. (2024). Tratto da I.Stat: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SUICIDI
4. Moutier, C. (2023). *Autolesionismo non suicidario*. Tratto da Manuale MSD
Versione per i professionisti :
<https://www.msdmanuals.com/it/professionale/disturbi-psichiatrici/comportamento-suicida-e-atto-autolesionistico/autolesionismo-non-suicidario>
5. Wagner, B. (2009). *Suicidal Behavior in Children and Adolescents* (1 ed.). Yale University Press. doi:<https://academic.oup.com/yale-scholarship-online/book/19769/chapter-abstract/178598474?redirectedFrom=fulltext>
6. Verrocchio, M. ((n.d)). *Concetti basilari su temperamento, carattere e personalità*. Tratto da Università “G. d’Annunzio”, Chieti: https://www.disputer.unich.it/sites/st13/files/temperamento_carattere_temperamento.pdf
7. Ball, J., & Links, P. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatry Rep*, 11 (1), 63-68. doi:<https://doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4>
8. Chanen, A., & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 14 (1), 45-53. doi:<https://doi.org/10.1007/s11920-011-0242-y>

9. Zimmerman, M. (2023). *Panoramica sui disturbi di personalità*. Tratto da Manuale MSD Versione per i professionisti :
<https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalit%C3%A0/panoramica-sui-disturbi-di-personalit%C3%A0>
10. American Psychiatric Association (2000). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – IV Edizione, Testo Riveduto (DSM-IV-TR)*.
Washington DC.
11. Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2010). Mentalization Based Treatment for Borderline personality disorder. *World Psychiatry, 9, 11-15*.
12. Pompili M, G. P. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry, 59 (5), 319-324*.
doi:<https://doi.org/10.1080/08039480500320025>
13. Boncompagni, G., & Trofa, C. (2012). *Il tentato suicidio, dalla clinica e dal trattamento al mondo reale*. Tratto da ausl.bologna:
<https://www.ausl.bologna.it/oem/documentazione/documentazione-convegni/Tentato-suicidio-strategie-preventive-fattori-di/boncompagni-giancarlo-suicidi.pdf>
14. Lieslehto J, T. J.-R. (2023). Comparative Effectiveness of Pharmacotherapies for the Risk of Attempted or Completed Suicide Among Persons With Borderline Personality Disorder. *JAMA Netw Open, 6 (6), e2317130*. doi:
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.17130>
15. Zimmerman, M. (2023). *Disturbo borderline di personalità*. Tratto da Manuale MSD Versione per i professionisti:
<https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalit%C3%A0/disturbo-borderline-di-personalit%C3%A0?ruleredirectid=761>
16. Spiegel, D. (2023). *Panoramica sui disturbi dissociativi*. Tratto da Manuale MSD Versione per i professionisti:

<https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dissociativi/panoramica-sui-disturbi-dissociativi?ruleredirectid=761query=panoramica%20sui%20disturbi%20dissociativi>

17. Allen, J. G., Fonagy, P. (2014) Mentalizing in psychotherapy. In R. E. Hales, S. C., Yudofsky, & L.W. Roberts (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry* (p. 1095–1118). American Psychiatric Publishing, Inc.
18. Pompili M., I. M. (2009). La prevenzione del suicidio e il ruolo strategico dei Medici di famiglia. *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*.
Tratto da https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2009/01_2009/10.pdf

ALLEGATI

Allegato 1

Titolo del progetto:	<i>APPLICAZIONE DEL MENTALIZATION-BASED TREATMENT (MBT) NEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA' E NEI SOGGETTI AFFETTI DA PSICOSI NEL CENTRO DI SALUTE MENTALE DI CAMPOSAMPIERO, PADOVA, REGIONE VENETO, ITALIA</i>
-----------------------------	---

Equipe MBT	<p>Coordinatori: Frasson Alberto, Psichiatra; Cappelletti Jee Yun, Psicologa; Padoani Walter, Psichiatra</p> <p>Membri dell'equipe: Barlani Federico, Psichiatra; Benetti Alessandra, Infermiere; Canesso Elisabetta, Infermiere; Fortuni Roberto, Infermiere</p>
-------------------	---

Riferimenti	<p>Cappelletti Jee Yun, jeeyun.cappelletti@aulss6.veneto.it ++39-320-0216987</p> <p>Walter Padoani, walter.padoani@aulss6.veneto.it; ++39-339-3914262</p>
--------------------	---

Psicologi in formazione e collaboratori esterni	<p>Alberto Fabio, Argirò Francesca, Baccega Emanuela, Carrera Stefano,</p> <p>Cavaler Alessandra, Cestari Elisa, Favano Federica, Isnardi Gaia, Lombardo Anna, Pandolfi Guia, Sarpato Roberta, Sartoretto Elisa, Tussardi Eleonora</p>
--	--

Promotore	<p>Centro di Salute Mentale (CSM) di Camposampiero</p> <p>U.O.C. Psichiatria 2, direttore dott. C.F. Carraro.</p>
------------------	---

	Dipartimento di Salute Mentale, Azienda ULSS 6 Euganea, Regione Veneto, Italia
Supervisione	Prof. Edgardo Caverzasi, Psichiatra, Psicoanalista IPA, Membro Ordinario Supervisore MBT e Presidente del GIMBT (Gruppo Italiano MBT)

INDICE DEI CONTENUTI

ACRONIMI	3
INTRODUZIONE E RAZIONALE	4
CONTESTO	6
OBIETTIVI	7
ORGANIZZAZIONE DEL PROGRAMMA	8
MISURAZIONE DEGLI ESITI E VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CURA	17
PROTOCOLLO DI RICERCA	19
ULTERIORI SVILUPPI	20
BIBLIOGRAFIA	22

ACRONIMI

MBT	Mentalization Based Treatment (<i>Trattamento basato sulla Mentalizzazione</i>)
TAU	Treatment As Usual (<i>Trattamento di routine</i>)
DBP	Disturbo Borderline di Personalità
CSM	Centro di Salute Mentale
DHT	Day-hospital Territoriale
CDR	Centro Diurno Riabilitativo

SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
GIMBT	Gruppo Italiano MBT
MBT-I	Mentalization-Based Treatment – Introductory Group (<i>Gruppo Introduttivo al Trattamento Basato sulla Mentalizzazione</i>)
AULSS	Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria
NAPD	Non-Affective Psychotic Disorders (<i>Disturbi Psicotici Non Affettivi</i>)

INTRODUZIONE E RAZIONALE

Il *Trattamento Basato sulla Mentalizzazione* (MBT) è una tecnica psicoterapeutica che associa un intervento individuale e uno gruppale e che si pone come obiettivo il recupero o il rafforzamento delle capacità di *mentalizzazione* nei soggetti che non hanno potuto svilupparle in maniera adeguata, spesso in virtù di esperienze relazionali traumatiche, nel periodo evolutivo. In tale contesto la *mentalizzazione* è definita come “l’innata capacità immaginativa umana di percepire e interpretare il comportamento di sé e degli altri come congiunti con stati mentali intenzionali, quali desideri, motivazioni, sentimenti e credenze. In termini più immediati, descriviamo la *mentalizzazione* come l’attenzione al pensiero e ai sentimenti in sé e negli altri, oppure, in breve, come *tenere a mente la mente*” (Allen & Fonagy, 2014).

Tale metodologia di trattamento, ideata da Anthony Bateman e Peter Fonagy dell’*Anna Freud Centre* di Londra (Allen et al., 2006, 2008; Bateman & Fonagy, 2010; 2012; 2016), pur trovando recenti applicazioni anche in altri ambiti diagnostici, nasce per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità, caratterizzato fondamentalmente da un disturbo nell’organizzazione del Sé, disregolazione emotiva e impulsività in più aree dell’agire quotidiano e relazionale (compresi frequenti comportamenti suicidari). In letteratura più voci hanno correlato l’incremento della

capacità di mentalizzazione con il miglioramento di diverse dimensioni sintomatologiche, del senso di agentività e di autoefficacia personale e del funzionamento interpersonale e occupazionale (Carrera et al., 2018; Rishede et al., 2021). Altri studi hanno osservato che l'MBT era superiore al trattamento di routine (TAU) nella riduzione dell'autolesionismo (inclusi i gesti suicidari) e della depressione, sia a breve che a lungo termine (Bateman & Fonagy 2009, 2013; Rossouw, Fonagy, 2012; Cristea et al., 2017)

Nel 2012, l'équipe del CSM di Camposampiero, che serve un territorio di circa 150.000 abitanti, ha scelto di strutturare un percorso di cura specificamente dedicato ai pazienti con Disturbo Borderline di Personalità (DBP), che rappresentavano il 12.89% delle prime diagnosi degli utenti del Servizio, ma che probabilmente rendevano conto di almeno il 25% del totale delle diagnosi, dato che molti utenti venivano inizialmente inquadrati come affetti da disturbi dell'umore, d'ansia, dipendenza da sostanze o disturbi alimentari. Si è inizialmente costituito un team di operatori interessati al progetto, che, nel corso dei due anni successivi, si è dedicato ad un'analisi della letteratura sull'argomento, ad una formazione specifica nell'ambito del trattamento dei disturbi di personalità e ad un'analisi delle particolari esigenze cliniche della popolazione afferente al Servizio e delle risorse che quest'ultimo poteva mettere in campo, optando alla fine per il modello MBT.

A nostra conoscenza, vi è ancora una scarsa numerosità nel panorama dei servizi pubblici per la Salute Mentale italiani di programmi specificamente dedicati ai gravi disturbi di personalità orientati sul modello MBT, così come di relativi dati di efficacia (Bergonzini et al., 2013; Carrera et al., 2018). Tale considerazione da un lato mette in evidenza la difficoltà dei servizi di allineare la risposta clinica agli sviluppi teorici emergenti dalla ricerca, dall'altro rappresenta un forte stimolo per garantire a questo gruppo di pazienti percorsi di cura di efficacia basata sulle evidenze.

CONTESTO

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento ambulatoriale per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione delle patologie psichiatriche. Al Centro fa capo un'équipe multi-professionale costituita dalle seguenti figure: Medico psichiatra, Psicologo psicoterapeuta, Infermiere, Assistente sociale, Educatore-animatore/tecnico della riabilitazione psichiatrica, Operatori socio sanitari e personale idoneo a svolgere attività amministrative e di segreteria.

Oltre a svolgere l'attività ambulatoriale il CSM si articola con un day-hospital territoriale (DHT), destinato a programmi semiresidenziali per pazienti in fase subacuta (prevalentemente psicosi in fase d'esordio e disturbi di personalità) e con un Centro Diurno Riabilitativo (CDR), che si rivolge ad un'utenza con disturbi prevalentemente psicotici che necessitano di lunga assistenza. All'interno dell'U.O.C. Psichiatria 2, di cui il CSM fa parte, operano anche un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) per le necessità di ricovero ospedaliero e la filiera delle strutture riabilitative residenziali.

Tale articolazione rispetta il modello di Psichiatria di Comunità che ispira l'organizzazione dei Servizi Psichiatrici di tutta la Regione Veneto, che nel 2019, su input nazionale (Piano Nazionale d'Azione per la Salute Mentale, 2013; Conferenza Unificata Stato-Regioni, 13.11.2014), ha approntato un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) specifico per il Disturbo Borderline di Personalità, dove si sottolinea che: “standard di riferimento per la fase di trattamento intensivo è un intervento ambulatoriale orientato in senso psicoterapeutico (sia individuale, sia gruppal) della durata di almeno un anno, il cui setting è definito ed esplicitato durante la formulazione del Piano di Trattamento Individuale. Tale intervento deve coinvolgere l'intera équipe multiprofessionale dedicata al caso, che si strutturerà con ruoli distinti, ma coordinati e integrati da un operatore di riferimento, per costruire un

ambiente di cura contenitivo e supportivo (“*holding environment*”), in grado di rispondere in maniera interessata, sensibile, coerente, non punitiva e duttile alle richieste, anche urgenti o estemporanee, del paziente e dei familiari (Gunderson & Links, 2014). Gli operatori coinvolti dovrebbero confrontarsi con regolarità sull’andamento dei casi, anche attraverso periodiche sedute di supervisione o intervizione” (DGR Veneto n.53 del 28.5.2019).

OBIETTIVI

Il progetto si propone di integrare i principi MBT nell’assistenza ai pazienti di un Servizio Psichiatrico pubblico italiano, nella fattispecie il Centro di Salute Mentale di Camposampiero, parte dell’U.O.C. Psichiatria 2, Dipartimento di Salute Mentale dell’AULSS 6 Euganea della Regione Veneto.

Si rivolge nello specifico ai pazienti con diagnosi clinica di Disturbo Borderline di Personalità formulata dallo psichiatra territoriale di riferimento* e confermata da approfondimento diagnostico tramite SCID-5-PD (First et al., 2016) e SCL90-R (Derogatis, 1994) e, più di recente, anche ai pazienti con disturbi dello spettro psicotico, diagnosticati tramite SANS (Andreasen, 1983) e PANSS (Kay et al., 1987).

Sono criteri di esclusione: l’età uguale o maggiore di 45aa per i pazienti con diagnosi di DBP, di 60 per pazienti con diagnosi di disturbi dello spettro psicotico, la concomitanza di disabilità intellettiva, l’insufficiente conoscenza della lingua italiana, l’utilizzo attivo di sostanze psicotrope tale da necessitare immediati interventi di disintossicazione.

*In un’ottica di equa distribuzione dei carichi di lavoro il Direttore dell’Unità Operativa Complessa affida ad ogni psichiatra del CSM la competenza sui pazienti di specifici Comuni del territorio e la decisione su come organizzare il resto dell’équipe nella gestione del singolo caso.

ORGANIZZAZIONE DEL PROGRAMMA

Il programma MBT è iniziato ad Aprile 2014. Presenta alcune peculiarità che integrano il modello originario (Bateman & Fonagy, 2010; 2012; 2016) con le indicazioni del Good Psychiatric Management di Gunderson (2014) e del PDTA della Regione Veneto sopra menzionato (DGR del Veneto n.53 del 28.5.2019) ed è pienamente inserito nell'ordinaria attività assistenziale del Servizio, senza il ricorso a risorse economiche o di personale aggiuntive.

In particolare, lo psichiatra territoriale del CSM, oltre ad essere il riferimento per l'équipe MBT in ordine alla valutazione se inserire o meno un paziente nel programma, resta il case manager per l'intera durata del percorso, assicurando in tal modo una fondamentale continuità delle cure. Esprime una prima indicazione diagnostica e valuta l'indicazione all'inserimento nel programma MBT per quel/la particolare paziente; durante le visite di controllo programmate, discute l'andamento del percorso con l'obiettivo di rinforzarne la motivazione a partecipare; la/lo accompagna durante le fasi conclusive e decide con lei/lui la necessità o meno di proseguire la presa in carico del CSM; continua a mantenere la competenza sull'eventuale trattamento farmacologico concomitante, sulle scelte in merito a ricoveri o su altri interventi d'urgenza e sull'organizzazione di eventuali programmi socioassistenziali in raccordo con l'Assistente Sociale. Nel periodo di 18 mesi in cui il paziente segue il programma MBT il terapeuta territoriale dirada in maniera significativa le visite di controllo programmate al CSM, ma viene coinvolto per la discussione del caso nelle riunioni del gruppo di intervizione MBT in base alle necessità cliniche che possano emergere o in caso di difficoltà del paziente ad aderire in maniera efficace al programma.

Oltre allo psichiatra di riferimento territoriale viene coinvolta l'intera équipe del Servizio per un aggiornamento sull'andamento dei singoli casi. In particolare, ai pazienti che si accingono ad iniziare il programma MBT viene proposto un incontro preliminare coi Responsabili del CSM e dell'SPDC per spiegare come è strutturato il

Servizio, per fornire tutte le indicazioni su come affrontare le eventuali situazioni di crisi e sulle modalità con cui sono organizzati il Pronto Soccorso e l'SPDC nel caso il paziente necessitasse di un ricovero. In quest'ultimo caso è previsto un raccordo con i medici dell'SPDC per mantenere un contatto tra l'équipe MBT ed il paziente, che, dopo un'attenta valutazione comune dell'opportunità clinica, spesso può proseguire il programma di psicoterapia MBT anche durante il ricovero. Un raccordo stretto è previsto anche con l'équipe del DHT per i pazienti che iniziano il programma MBT dopo aver terminato o anche che continuano la frequenza del DHT in parallelo (in tal caso viene concordata una strategia personalizzata per integrare gli interventi).

Gli infermieri, oltre a gestire gli aspetti organizzativi che riguardano l'équipe o gli stessi pazienti, hanno un ruolo attivo nella co-conduzione del gruppo psicoterapeutico, circostanza particolarmente significativa in merito al successo terapeutico del trattamento di questa particolare tipologia di utenti, grazie alla possibilità di stabilire con loro una relazione più informale e immediata rispetto a quella del clinico. Essi informano tutta l'équipe infermieristica dei pazienti coinvolti, in modo da poter coordinare i contatti con gli stessi, che spesso avvengono in fase di urgenza o per sostegno telefonico, con un approccio ispirato ai principi della mentalizzazione.

Durante lo svolgimento del programma MBT, ma soprattutto nella sua fase finale, in accordo col medico di riferimento territoriale, è previsto un raccordo del team MBT con l'Assistente Sociale del CSM per fornire indicazioni su eventuali necessità socio-assistenziali degli utenti, soprattutto in merito a percorsi lavorativi assistiti: in tal caso vengono invitati a fissare personalmente un appuntamento per discutere la loro situazione.

L'EQUIPE MBT

L'équipe clinica è composta da 3 psichiatri, una psicologa clinica e 3 infermieri, i quali dedicano al programma MBT solo una parte del loro lavoro presso il CSM. Una

Preziosa collaborazione è offerta da circa 10 specializzandi in psicoterapia, supervisionati dalla psicologa clinica.

Due medici e la psicologa hanno completato il training di formazione MBT (corsi *base* e *practitioner*) e stanno svolgendo la formazione per acquisire il titolo di supervisor. Gli stessi, a cadenza mensile, partecipano alle sedute di supervisione del Gruppo Italiano MBT (GiMBT) coordinato dal prof. Edgardo Caverzasi. Otto psicologi in formazione specialistica che collaborano al progetto hanno completato il percorso base di formazione MBT dell'Anna Freud Centre.

L'equipe si riunisce settimanalmente per discutere l'andamento delle psicoterapie, valutare eventuali nuovi inserimenti nel programma, fare il punto rispetto alla somministrazione dei test e alla discussione dei relativi dati, e, non da ultimo, per la formazione continua e l'aggiornamento sul DBP e sul MBT.

Tutti i membri sono periodicamente invitati a partecipare agli eventi formativi sulla MBT o sul trattamento dei disturbi di personalità organizzati a livello locale.

RECLUTAMENTO DEI PAZIENTI

Il programma prevede che a tutti i pazienti segnalati dallo psichiatra di riferimento territoriale come portatori di Disturbo Borderline di Personalità venga proposta come metodologia di cura la Terapia Basata sulla Mentalizzazione, contemporaneamente individuale e di gruppo. I pazienti che accettano il programma vengono inseriti in una lista d'attesa, ordinata secondo la cadenza temporale di segnalazione da parte del curante.

Le sedute, sia individuali, sia gruppalì, hanno frequenza settimanale e il numero di partecipanti al percorso di cura è al massimo di 10 persone. I pazienti che non accettano o non possono per varie ragioni aderire al programma MBT seguono la consueta sequela ambulatoriale di routine, gestita dallo psichiatra territoriale di riferimento del CSM (colloqui individuali a cadenza decisa dal clinico e con interventi dell'èquipe del CSM in base ad un Progetto Terapeutico Individualizzato).

Inoltre, i pazienti non inclusi nel programma, così come i loro familiari, possono prendere parte ai relativi gruppi introduttivi all'MBT.

GRUPPO INTRODUTTIVO AL TRATTAMENTO BASATO SULLA MENTALIZZAZIONE

Prima del percorso psicoterapeutico in senso stretto viene proposto ai pazienti con BPD un gruppo introduttivo al trattamento basato sulla mentalizzazione (MBT-I), che si struttura nel seguente modo: 1 incontro a cadenza settimanale (giovedì pomeriggio), della durata di circa 1 ora. Si tratta di un gruppo semi-aperto, al quale possono accedere i pazienti che: a) intraprenderanno successivamente il programma di trattamento MBT nella sua interezza; b) hanno già iniziato il trattamento, senza aver completato il ciclo di incontri introduttivi; c) afferiscono al Servizio e si valuta potrebbe giovare loro la partecipazione agli incontri, nonostante per varie ragioni non prenderanno parte al percorso di cura vero e proprio.

L'inserimento dei pazienti all'interno del gruppo introduttivo avviene tramite invio da parte dei professionisti del Servizio (psichiatri/psicoterapeuti), i quali accennano anticipatamente le finalità degli incontri introduttivi. Lo scopo del gruppo introduttivo consiste nel favorire l'aggancio al percorso terapeutico, tramite il rispecchiamento su alcune delle tematiche affrontate durante il corso degli incontri. Inoltre, mira a favorire l'acquisizione di alcuni concetti inerenti alla strutturazione del trattamento e alla mentalizzazione. Il numero di incontri, così come la tematica affrontata, possono essere adattate a seconda di valutazioni cliniche del percorso soggettivo dei singoli

pazienti (e.g., in base a quanto emerso negli incontri precedenti, al bisogno di soffermarsi ulteriormente su un determinato tema, etc.). Nel corso degli incontri vengono utilizzati vari strumenti, quali: *role playing*, presentazione di vignette, di filmati e di immagini. All'inizio di ciascun incontro vengono brevemente ripresi gli argomenti affrontati in precedenza e discusse eventuali domande emerse nel corso della settimana. Inoltre, si incentiva l'apporto e la riflessione sulle esperienze e sulle modalità soggettive dei pazienti.

I moduli prevedono la trattazione delle seguenti tematiche:

- **Modulo 1**

Presentazione della strutturazione del trattamento, introduzione al concetto di mentalizzazione e presentazione delle sue polarità, incentivando l'analisi di esperienze di vita quotidiana dei pazienti.

- **Modulo 2**

Analisi della posizione non mentalizzante e relativi indicatori, i benefici della mentalizzazione e introduzione alle modalità prementalizzanti.

- **Modulo 3**

Cosa sono le emozioni e relativa differenziazione tra emozioni di base e sociali; funzioni delle emozioni e il loro riconoscimento in se stessi e negli altri.

- **Modulo 4**

Regolazione emotiva attraverso sé e attraverso gli altri, con particolare attenzione all'importanza dell'accettazione della regolazione tramite gli altri nel contesto del trattamento.

- **Modulo 5**

Le relazioni di attaccamento e differenti stili: tentativo di riconoscere le proprie modalità di attaccamento, tramite la riflessione sulle relazioni interpersonali dei pazienti.

- **Modulo 6**

- Fallimenti nelle prime fasi del rispecchiamento e conseguente reiterazione di modalità relazionali disfunzionali che comportano sofferenza. Introduzione alle manifestazioni sintomatologiche.

- **Modulo 7**

Che cos'è la personalità: connotati biologici ed esperienziali.

- **Modulo 8**

I disturbi di personalità e la diagnosi: modalità relazionali “tipiche” di ciascuno dei disturbi di personalità descritti, favorendo un avvicinamento alle proprie modalità sintomatologiche.

- **Modulo 9**

Vissuto di sofferenza e presenza dell'altro “terapeutico”: introduzione agli aspetti di trattamento e, in particolare, alla relazione terapeutica individuale e grupppale.

- **Modulo 10**

Stare con l'altro in contesto psicoterapeutico: sofferenza, co-costruzione di un legame di fiducia e capacità di mentalizzazione.

- **Modulo 11**

Vissuto d'ansia in contesti relazionali: che cos'è l'ansia e la sua “modulazione” nel contesto della relazione terapeutica.

- **Modulo 12**

Vissuto di tristezza/depressivo in contesti relazionali: quali emozioni/affetti connessi al vissuto di tristezza/depressione? Spazio dedicato al sommario e alle conclusioni.

PROGRAMMA DI PSICOTERAPIA MBT

Il programma MBT prevede un trattamento intensivo ambulatoriale della durata di 18 mesi, durante il quale ogni paziente partecipa a un doppio setting (individuale e di gruppo), entrambi con cadenza settimanale. Coerentemente con quanto suggerito dagli autori (Bateman & Fonagy, 2010; 2012; 2016) i due setting non sono separabili. Il gruppo, che può essere inserito nella categoria dei gruppi semiaperti, è composto da un massimo di 10 membri ed è guidato da uno psichiatra o dalla psicologa clinica, che garantisce continuità per i 18 mesi previsti dal programma (circa 45 sedute). Hanno partecipato in maniera continuativa un infermiere del CSM in qualità di co-conduttore e un osservatore silente, con il compito di trascrivere quanto avviene in seduta e di

redigere i report. Le psicoterapie individuali (circa 45 sedute) sono condotte dai restanti psichiatri e psicologi (con esclusione del conduttore del gruppo) e dagli specializzandi in psicoterapia. Le sessioni di psicoterapia individuale e di gruppo vengono costantemente audio- o video-registrate.

Dopo circa un mese dall'inizio della terapia individuale, il terapeuta concorda col paziente la *formulazione* del programma di cura, che viene firmata da entrambi e ripresa in successivi momenti del percorso, soprattutto in prossimità della conclusione. La formulazione viene sempre discussa all'interno delle riunioni di intervisione del team prima di essere condivisa col paziente.

Le riunioni di intervisione del team, della durata di 1h e30', si svolgono una volta a settimana e vi partecipano l'intera équipe MBT e gli psicologi in formazione specialistica. In base all'evoluzione clinica dei singoli pazienti vengono occasionalmente invitati a partecipare i medici di riferimento territoriale o altri operatori del CSM coinvolti nel caso (soprattutto all'inizio e in prossimità della conclusione del percorso di cura). Tali riunioni permettono un approfondimento della situazione clinica dei singoli pazienti e un raccordo più stretto tra i terapeuti del gruppo e individuali, contribuiscono a prevenire i drop-out, sono occasione di formazione continua e di aggiornamento dei partecipanti al progetto. I pazienti coinvolti nel progetto sono debitamente informati delle caratteristiche delle riunioni di intervisione e della condivisione delle informazioni tra il terapeuta individuale, i terapeuti del gruppo ed il medico di riferimento territoriale. Hanno la facoltà di specificare le informazioni che non desiderano siano condivise: in tal caso le motivazioni di tale richiesta diventano contenuto del lavoro terapeutico, con l'obiettivo di superarle.

PSICOEDUCAZIONE RIVOLTA AI FAMILIARI

Il nostro programma MBT prevede anche un percorso di gruppo di 12 sedute rivolto ai familiari che vivono a stretto contatto con i pazienti, e che quindi possono incontrare le difficoltà più intense nel relazionarsi con loro.

Nelle fasi iniziali del percorso di cura il terapeuta individuale MBT e lo psichiatra del CSM illustrano al singolo paziente le finalità del coinvolgimento dei suoi familiari, la struttura del percorso e concordano con lui/lei quali tra essi sia opportuno contattare. Gli incontri a tema hanno una durata di 60 minuti e si svolgono nell'arco di 4-5 mesi con una struttura psicoeducativa. Vengono condotti dalla psicologa e da uno degli infermieri del team MBT con la collaborazione degli psicologi in formazione secondo il seguente programma:

FASE I: incontri iniziali con i famigliari

Definizione-Condivisione-Partecipazione degli obiettivi attraverso le identificazioni delle aree problematiche, accogliendo le esperienze dei famigliari.

Elementi di conoscenza e della natura del disturbo (diagnosi, costellazione sintomatologica, peculiarità del disturbo...)

FASE II: stabilire un'alleanza

Incontri dedicati alle domande ma anche alle eventuali "resistenze" alla diagnosi e al coinvolgersi nel percorso di cura.

Attenzione alla formazione di una coesione di gruppo e agli aspetti supportivi

FASE III: cosa fare, come

Condivisione teorico pratica della mentalizzazione per orientarsi a comprendere-esprimere il proprio e/o l'altrui stato emotivo-mentale

Affrontare in gruppo elementi di criticità individuati/portati dalle famiglie proponendo un approccio “mentalizzante”

Lavoro sulle linee guida per i famigliari

Maggiormente nel dettaglio, gli incontri si sviluppano in questa cornice:

I INCONTRO: accoglimento, conoscenza, condivisione-costruzione-presentazione del progetto di lavoro con i famigliari. Identificazione del problema.

II INCONTRO: saperne di più sui “gravi disturbi di personalità”, cosa si intende per personalità? Cosa si intende per disturbo di personalità?

III INCONTRO: sintomi depressivi (differenza tra depressione, melanconia, disforia), peculiarità

nei DBP

IV INCONTRO: la rabbia, caratteristiche peculiari di manifestazione nel DBP (rabbia e oggetto, rabbia e speranza, rabbia e Sé, rabbia e autenticità); l’autolesionismo, varie forme di manifestazione e di significati (i sei organizzatori di senso: concretizzare, punire-estirpare-purificare, regolare la disforia, comunicare senza parole, costruire una memoria di sé, volgere in attivo, cambiare pelle): come affrontarla

V INCONTRO: role-playing in una situazione di conflitto

VI INCONTRO: sintomi correlati: abuso di sostanze e disturbi della condotta alimentare

VII INCONTRO: identità, senso di sé, abbandono

VIII INCONTRO: cosa si intende per mentalizzazione

IX INCONTRO: principi teorici (le polarità e il pensiero prementalizzante)

X INCONTRO: role-playing

XI INCONTRO: role-playing

XII INCONTRO: chiusura, valutazione e criticità portate dai famigliari rispetto all'esperienza. Linee Guida

MISURAZIONE DEGLI ESITI E VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI CURA

Il programma implementa una serie di valutazioni testistiche, della durata massima di 60 minuti, che si svolgono all'inizio, a metà e al termine del trattamento:

- Time 0 (T₀): pre-treatment screening
- Time 1 (T₁): 9 months from the beginning of the MBT project.
- Time 2 (T₂): at the end of the MBT project (18th month).
- Follow-up (FU): one year after the end of treatment.

Sono previste, inoltre, tre ulteriori somministrazioni (follow-up) ad 1 anno, 2 anni e 5 anni dal termine del trattamento.

Oltre a ciò, ogni tre mesi da T₀ a T₂ vengono somministrati alcuni test inerenti ai singoli percorsi psicoterapeutici, per un totale di 7 somministrazioni nei 18 mesi di trattamento. Le somministrazioni richiedono circa 10 minuti ciascuna e, insieme alla registrazione audio o video, vengono utilizzate per valutare (misurare) alcune variabili di processo e l'aderenza e la competenza degli interventi terapeutici.

I dati anamnestici dei partecipanti vengono ricavati dalla lettura delle cartelle cliniche ambulatoriali e da quelli raccolti in una Scheda Anamnestica durante un'intervista col paziente.

La valutazione degli esiti viene attuata attraverso la lettura di test sintomatologici (nella loro versione italiana) quali la *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders* (SCID-5-PD, First et al., 2016), la *Symptom Check List-90-Revised* (SCL-90-R, Derogatis, 1994), la *Borderline Personality Disorder Check List* (BPD-CL, Arntz & Dreesen, 1995), la STAI Y1-Y2 (Spielberger, 1983), la *Beck Depression Inventory II* (BDI-II, Beck et al., 1996) e di test descrittivi del funzionamento adattivo personale e sociale quali la *Global Assessment of Functioning scale* (GAF, Jones et al., 1995; APA, 2013), la *Health of the Nation Outcome Scale* (HoNOS, Wing et al., 1998), il *Cassel Community Adjustment Questionnaire* (CAQ, Chiesa & Fonagy, 2000), la *Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire* (CECA.Q, Smith et al., 2002).

Per i cambiamenti nelle competenze cognitive, espressive, emotive e relazionali viene utilizzato il Questionario della Funzione Riflessiva (Fonagy et al, 2016)

Per la misura delle variabili di processo terapeutico e di aderenza al protocollo manualizzato MBT sono somministrati ai pazienti e ai terapeuti individuali e di gruppo la *Modes of Mentalization Scale* (Gagliardini et al., 2017), la *Mentalization Imbalance*

Scale (MIS) (Gagliardini et al., 2018) e la Mentalization-Based Treatment Adherence and Competence Scale (MBT-ACS) (Bateman & Fonagy, 2016).

E' prevista la produzione di materiale clinico audio o videoregistrato delle sedute terapeutiche.

PROTOCOLLO DI RICERCA

In collaborazione con l'Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, e con l'Università Cattolica di Milano, Dipartimento di Psicologia, i dati raccolti nella valutazione dell'efficacia del trattamento vengono utilizzati, oltre che per l'aspetto clinico relativo ai pazienti, anche a fini di ricerca. Il paziente decide di aderire al protocollo di ricerca MBT firmando un Consenso Informato. In ottemperanza alla normativa vigente in materia di privacy e tutela dei dati sensibili, sottoscrivendo tale documento, il paziente autorizza il CSM a somministrargli gli strumenti di valutazione periodica sull'efficacia del trattamento, a effettuare registrazione audio e video delle sedute di psicoterapia sia individuale che di gruppo e ad utilizzare i relativi dati e informazioni a fini di ricerca, in forma riservata e totalmente anonima. Lo stesso documento informa anche i partecipanti del loro diritto di recedere in qualsiasi momento dalla adesione al progetto di ricerca, senza necessità di fornire motivazioni e senza incorrere in alcuna conseguenza, e del loro diritto di richiedere una restituzione personalizzata del loro materiale testistico da parte del personale CSM. Analogamente, anche il terapeuta individuale e il conduttore del gruppo sono invitati a firmare una liberatoria simile.

Il protocollo di ricerca è stato approvato dal Comitato Etico dell'AULSS 6 Euganea e da quelli delle Università coinvolte nel progetto.

MBT PER PAZIENTI CON DIAGNOSI DI PSICOSI

La letteratura scientifica apporta ricerche che testimonierebbero che un approccio terapeutico volto a potenziare le capacità di mentalizzazione (MBT) riduce i sintomi psicopatologici, il disagio interpersonale e migliora il funzionamento sociale nei Disturbi di Personalità Borderline (BPD) (Bateman e Fonagy, 1999, 2001, 2003, 2008, 2009; Jorgensen & Kjolbye, 2007).

Inoltre, è stato osservato che alcuni pazienti con Disturbi Psicotici Non-Affettivi (NAPD) e Disturbo Borderline di Personalità condividono una tendenza ad attribuire eccessive intenzioni errate agli altri e a un atteggiamento ipermentalizzante. È stato ipotizzato che tale modalità, se estremizzata, potrebbe strutturarsi in sintomi deliranti. Ancora, i disturbi dell'autocoscienza e dell'autorappresentazione svolgono un ruolo importante in entrambe le condizioni cliniche (Weijers et al., 2020). In aggiunta, il trauma infantile è stato stabilito come fattore di rilievo nell'eziologia sia del BPD sia dei NAPD. In linea generale, poi, la mentalizzazione viene concepita da alcuni studi come un fattore protettivo in individui a rischio di sviluppo di psicosi (Debbané et al. 2016; [Armando](#) et al, 2019). Date queste ricerche preliminari, si sta sviluppando una letteratura scientifica sull'applicazione e sull'efficacia di un trattamento MBT in patologie di asse I. Una particolare attenzione verrà dedicata allo sviluppo/ampliamento delle competenze rispetto al costrutto di "affettività mentalizzata" (Jurist, 2018).

A partire da gennaio 2020, è stato avviato c/o il Centro Diurno Riabilitativo (CDR) – articolazione del CSM di Camposampiero – un percorso psicoterapeutico basato sulla Mentalizzazione con un gruppo di pazienti con diagnosi dello spettro psicotico. Il programma di cura prevede la partecipazione a una psicoterapia di gruppo a cadenza settimanale, la cui numerosità corrisponde a 8-10 pazienti. Il gruppo prevede la

presenza di uno psicologo-psicoterapeuta nel ruolo di conduttore, due infermieri professionali nel ruolo di co-conduzione e due tirocinanti psicologi in formazione nel ruolo sia di osservatori che di “facilitatori”.

Il progetto terapeutico è stato articolato come segue:

- a) 4 incontri preliminari di formazione rivolti agli infermieri professionali, che assumeranno in seguito il ruolo di co-conduzione all’interno del gruppo terapeutico;
- b) Ciclo di incontri di natura informativa/introductiva relativamente all’intero percorso psicoterapeutico, della durata prevista di 9-12 mesi e articolato in 12 moduli inerenti ai seguenti aspetti:
 - Che cos’è la mentalizzazione e la posizione mentalizzante
 - Cosa significa avere problemi di mentalizzazione
 - Perché proviamo emozioni e quali sono le emozioni di base
 - Emozioni mentalizzanti
 - Importanza delle relazioni di attaccamento
 - Attaccamento e mentalizzazione
 - Quale diagnosi? Cosa conosco e cosa voglio chiarire/approfondire?
 - Trattamento basato sulla mentalizzazione: scopo
 - Aspetti del trattamento MBT relativi all’attaccamento
 - Ansia, attaccamento e mentalizzazione
 - Depressione, attaccamento e mentalizzazione
 - Sommario e conclusione
- c) A seguire 18 mesi di terapia di gruppo a cadenza settimanale orientata allo sviluppo di una migliore capacità di mentalizzazione.

PROGRAMMA DI REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO

In linea con esperienze già presenti in letteratura (Chiesa & Fonagy, 2000; Pringle & Chiesa, 2001; Chiesa et al., 2006) il team MBT sta progettando l’implementazione di un gruppo socio-terapico rivolto ai pazienti coinvolti nel programma MBT, ma aperto anche ad altri utenti del Servizio con diagnosi di Disturbo di Personalità, strutturato come gruppo di mutuo-aiuto, coordinato da un infermiere del team MBT e in collegamento con l’Assistente Sociale del Servizio. La finalità è quella di offrire un confronto tra i pazienti in merito alle opportunità e alle strategie per facilitare un loro reinserimento socio-relazionale e lavorativo nel territorio e di agevolarli nel contatto con le varie agenzie operative in tal senso, ma anche di consolidare il mantenimento dei risultati acquisiti nel programma di cura in un’ottica di *empowerment*.

FOCUS GROUP CON UTENTI E FAMILIARI

Sulla scorta di precedenti esperienze promosse dal CSM di Camposampiero in altri ambiti, il team MBT ha intenzione di promuovere dei Focus Group per utenti e familiari che hanno concluso il percorso MBT. Tale proposta verrebbe formulata in occasione della convocazione per la prima seduta testistica di follow-up, ad un anno dal termine del trattamento.

Si prevede di organizzare due incontri all'anno, con la partecipazione al massimo di 10 tra utenti e familiari e coordinati da due membri del team MBT.

Tali incontri sono finalizzati ad una condivisione della valutazione dei partecipanti dei risultati del programma sulla loro esperienza personale e a ricevere proposte di miglioramento o aggiustamento di alcuni punti dello stesso.

BIBLIOGRAFIA

Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman A.W. (2006) *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester, UK: John Wiley. Tr. It. di [M. Simone](#) e [R. Voi](#) (2009) *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Raffaello Cortina, 2009

Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008) *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, USA: American Psychiatric Publishing. Tr. It. di A. Ranieri (2010) *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione*, Milano, Raffaello Cortina

Allen, J. G., Fonagy, P. (2014) *Mentalizing in psychotherapy*. In R. E. Hales, S. C., Yudofsky, & L. W. Roberts (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry* (p. 1095–1118). American Psychiatric Publishing, Inc.

American Psychiatric Association (2013) [*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder*](#). Fifth Edition (DSM-5), Washington DC

Andreasen, N.C. (1983) *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City, Iowa: The University of Iowa.

Armando M, Hutsebaut J, Debbané M (2019) [*A mentalization-informed staging approach to clinical high risk for psychosis*](#). *Front. Psychiatry*, 31 May 2019

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00385>

Arntz, A., & Dreessen, L. (1995) *BPD Klachtenlijst [BPD Checklist]*. Internal document, Maas-tricht University (vers. it. in: Prunas, A., Sarno, I., Capizzi, S., & Madeddu, F. (2006) *La versione italiana della Borderline Personality Disorder Checklist*. *MINERVA PSICHIATRICA*, 47(2), 143-154)

Bateman A.W., Fonagy P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.

Bateman A.W., Fonagy P. (2001) *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: a 18 month follow-up*. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.

Bateman A.W., Fonagy P. (2003) *Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care*. American Journal of Psychiatry, 160, 169-171.

Bateman A.W., Fonagy P. (2008) *8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual*. American Journal of Psychiatry, 165, 631-638.

Bateman A.W., Fonagy P. (2009) *Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder*. American Journal of Psychiatry, 166(12), 1355-64.

Bateman A.W., Fonagy P. (2010) *Mentalization based treatment for borderline personality disorder*. World Psychiatry, 9, 11-15

Bateman A.W., Fonagy P (2012) *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing

Bateman A.W., Fonagy P. (2013) *Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder*. The British Journal of Psychiatry, 203, 221-227

Bateman AW, Fonagy P. (2016) *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford, Oxford University Press (Tr. It. di T. Boldrini, G. Gagliardini, a cura di A.Colli (2019) *Mentalizzazione e disturbi di personalità. Una guida pratica al trattamento*. Milano, Raffaello Cortina)

Bateman A.W., Fonagy P. (2020): *The MBT Adherence and Competence Scale*

<https://www.annafreud.org/training/mentalization-based-treatment-training/mbt-adherence-scale/>

Bateman A.W., Krawitz R. (2013) *Borderline Personality Disorder: An Evidence-Based Guide for Generalist Mental Health Professionals*. Oxford University Press

Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. (1996) *Beck Depression Inventory: Manual*. Gutman Reserve Test Collection, Psychological Corporation

Bergonzini C., Raffaelli S., Prelati M., Piantato E., Bertamini D., Veglia F. (2013). *Studio preliminare su un campione di soggetti con diagnosi di disturbo di personalità borderline ricoverati presso il Day Hospital Psichiatrico della Struttura di Psichiatria S.P.D.C. dell’Azienda Ospedaliera “SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo” di Alessandria*. Working Paper of Public Health, 2, 1-13.

[Carrera](#) S., [Pandolfi](#) G., [Cappelletti](#) J.Y., [Padoani](#) W., [Salcuni](#) S. (2018) *Oriented mentalization-based treatment for borderline personality disorder patients: preliminary results at Camposampiero Mental Health Center*. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome (RIPPO), Mon, 17 Dec 2018, DOI: [10.4081/rippo.2018.336](https://doi.org/10.4081/rippo.2018.336)

Chiesa M., Fonagy P. (2000) *Cassel Personality Disorders Study. Methodology and treatment effects*. Br J Psych 176, 485-491

Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J. (2006). IX-Year Follow-Up of Three Treatment Programs to Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, Oct2006, Vol. 20 Issue 5, pp.493-509

Conferenza Unificata Stato Regioni del 13 novembre 2014 - *Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità.*

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2461

Cristea I.A., Gentili C., Cotet C.D., Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. (2017) *Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis.* JAMA Psychiatry. 74 (4): 319-328. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.4287

[Debbané M.](#), [Benmiloud J](#), [Salaminios G.](#), [Solida-Tozzi A.](#), [Armando M.](#), Fonagy P., [Bateman A](#) (2016) *Mentalization-Based Treatment in Clinical High-Risk for Psychosis: A Rationale and Clinical Illustration.* Journal of Contemporary Psychotherapy, vol.46, pp. 217–225

Derogatis, L. R. (1994) *Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring & procedure manual for the revised version of the SCL-90.* Minneapolis, MN: National Computer Systems

DGR del Veneto n.53 del 28.5.2019 *Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il Trattamento del Disturbo Borderline di Personalità*

https://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=34b5ef1d-97b6-44f9-a72e-94e84c4103fc&groupId=10793

First M.B., Williams J.B.W., Smith Benjamin L., Spitzer R.L. (2016) *Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD)*. American Psychiatric Association, Washington, DC (Vers. It. a cura di : [Andrea Fossati](#), [Serena Borroni](#), Raffaello Cortina Editore, 2017)

Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. (2016) *Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire*. PLoS One. Jul 8;11(7)

Gagliardini G., Boldrini A., Blasi T., Caverzasi E., Colli A. (2017) *Development and First Validation of a New Clinician-Report Assessment Measure of Mentalization: The Polarities of Mentalization Scale*. Brief paper presented at 48th International Annual Meeting of the SPR – Society for Psychotherapy Research, Toronto, Canada, June 21-24

Gagliardini G., Gullo S., Caverzasi E., Boldrini A., Blasi S., Colli A. (2018) *Assessing mentalization in psychotherapy: first validation of the Mentalization Imbalances Scale*. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 21(3), 164-177

Gunderson J.G., Links P.S. (2014) *Good Psychiatric Management nel trattamento del disturbo borderline*. Tr. It. Maffei C., Smeraldi E. (a cura di) Edizioni Edra, Milano, 2015.

Jones, S.H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). *A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF)*. The British Journal of Psychiatry, 166, 654-659

Jorgensen KR, Kjolbye M. (2007) *Outcome of psychoanalytically outpatient treatment of borderline personality disorder: a pilot study*. Nord Psykol, 59:164-80.

Jurist E.L. (2018) *Minding Emotions: Cultivating Mentalization in Psychotherapy* The Guilford Press

Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. (1987) *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr Bull., 13(2):261-76. doi: 10.1093/schbul/13.2.261.

Piano d'Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), approvato in Conferenza unificata con accordo n. 4 del 24 gennaio 2013

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4430&area=salute%20mentale&menu=a

Pringle, P. & Chiesa, M. (2001) *From the therapeutic community to the community: Developing an outreach psychosocial nursing service for severe personality disorder*. Therapeutic Communities 22: 215-232

Rishede M.Z., Juul S., Bo S., Gondan M., Bjerrum Møeller S., Simonsen S.(2021) *Personality Functioning and Mentalizing in Patients With Subthreshold or Diagnosed Borderline Personality Disorder: Implications for ICD-11*. Frontiers in Psychiatry, 1 March 2021, Volume 12, Article 634332, www.frontiersin.org

Rossouw T., Fonagy P. (2012) *Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2012 Dec, 51(12), 1304-1313.

Smith N., Lam D., Bifulco A., Checkley S. (2002) *Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q). Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol Dec, 37(12):572-9

Spielberger C.D. (1983) *State Trait Anxiety Inventory. STAI (Form Y). Test Manual*

Weijers J.G., Ten Kate C., [Debbané M.](#) (2020) [Mentalization and psychosis: A rationale for the use of mentalization theory to understand and treat non-affective psychotic disorder](#). Journal of Contemporary Psychotherapy 50:223–232

Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A (1998) *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development*. Br J Psychiatry, Jan;172:11-18

Allegato 2

Questionario sull'Adattamento alla Comunità (CAQ)
(versione autovalutazione)

Data

PAZIENTE: _____

Periodo:

Screening(T

O)

18 mesi

(T2)

Follow-up

(FU)

1. Psicopatologia

1 . 1 . Nell'ultimo anno ti sei ferito, non intendendo toglierti la vita (includi tagli superficiali che ti sei procurato, bruciature di sigarette, ecc.)? Mai (0)

Una volta (1)

Più di una volta (2)

I . 2. Nell'ultimo anno hai mai tentato di porre fine alla tua vita?

No (0) Si (1)

I .3. Durante l'ultimo anno sei stato verbalmente e/o fisicamente aggressivo nei confronti di oggetti o di altre persone (includi litigi, discussioni accese, risse, rotture d'oggetti, ecc.)?

No (0) Si (1)

1.4. Nell'ultimo anno hai avuto problemi con l'assunzione di alcool o l'uso di benzodiazepine, stimolanti o altre sostanze d'abuso (amfetamine, cocaina, LSD, eroina, ecc.)?

No (0) Si (1)

I .5. Hai avuto un qualsiasi problema con la legge nell'ultimo anno?

No (0) Si (1)

2. Ulteriori trattamenti

2.1. Nell'ultimo anno sei stato ricoverato in un servizio psichiatrico? (Riporta il numero di ricoveri e il tempo che sei rimasto ricoverato).

a. Numero di ricoveri

b. Lunghezza totale della permanenza in reparto (in giorni)

2.2. Hai assunto medicine per problemi emozionali durante l'ultimo anno?

Si (1)

No (0)

2.3. Attualmente stai assumendo medicine per problemi emozionali?

No (0)

Si (1)

2.4. Nell'ultimo anno hai ricevuto un trattamento psichiatrico/psicoterapico ambulatoriale?

(Riporta il tipo di trattamento, la durata e la frequenza)

a. Numero di sedute (al mese)

b. Lunghezza del trattamento (in mesi)

3. Occupazione e sistemazione abitativa

Occupazione attiva è definita come lavoro retribuito, percorso di studio come studente, occuparsi della casa e/o crescere dei bambini o essere occupati nel volontariato

3.1. Descrivi il tuo stato di occupazione nell'ultimo anno (escludendo il tempo trascorso in ospedale)

- Disoccupato, inabile al lavoro (0)
- Occupato per almeno 1/4 delle ore dell'anno (es. part-time per 6 mesi) (1)
- Occupato" per almeno 1/2 delle ore dell'anno
(es. part-time in maniera continuativa o a tempo pieno per 6 mesi) (2)
- Occupato" per 3/4 delle ore di lavoro dell'anno
(es. lavoro a tempo pieno per 9 mesi) (3)
- Occupato a tempo pieno in maniera continuativa (4)

3.2. Descrivi la tua situazione abitativa nell'ultimo anno

- Hai vissuto in ospedale o case di cura (0)
- Hai vissuto con i genitori e/o fratelli o sorelle (1)
- Hai vissuto nella tua abitazione indipendente (2)
- Hai vissuto con amici in un'abitazione condivisa e indipendente (3)
- Hai vissuto con la tua famiglia (partner, bambini ecc.) (4)

Allegato 3

SCHEMA di VALUTAZIONE ANAMNESTICA

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Data primo contatto: ____ / ____ / ____

Motivazione: _____

VALUTAZIONE PRE-MBT – 20°-12° MESE

(Relativa al periodo compreso tra il 20° e il 12° mese prima dell'inizio del
percorso MBT)

Periodo di riferimento (mm/aaaa-mm/aaaa): ____ / ____ - ____
/ ____

Visite programmate: No Sì Numero: _____ N° mancati
appuntamenti: _____

Visite d'urgenza: No Sì Numero: _____

Ricoveri psichiatrici: No Sì Numero: _____

N° giorni complessivi: _____

Altri ricoveri: No Sì Numero: _____

N° giorni complessivi: _____

Abuso di sostanze psicotrope:

Abuso di alcool:

Tagli:

Altri episodi di autolesionismo: No Sì Numero: _____

(Tentativi di suicidio, intossicazioni volontarie...)

Episodi di disturbi alimentari:

Episodi di aggressività eterodiretta: No Sì

Numero: _____

Eventi stressanti (a forte impatto emotivo):

Terapia farmacologica prescritta:

Terapia farmacologica in urgenza:

Compliance: Assente Scarsa Sufficiente Buona

Comorbilità psichiatrica:

Comorbilità somatica:

VALUTAZIONE PRE-MBT – 12°-1° MESE

(Relativa al periodo compreso tra il 12° e il 1° mese prima dell'inizio del percorso MBT)

Periodo di riferimento (mm/aaaa-mm/aaaa): _____ / _____ - _____
/ _____

Visite programmate: No Sì Numero: _____ N° mancati
appuntamenti: _____

Visite d'urgenza: No Sì Numero: _____

Ricoveri psichiatrici: No Sì Numero: _____

N° giorni complessivi: _____

Altri ricoveri: No Sì Numero: _____

N° giorni complessivi: _____

Abuso di sostanze psicotrope:

Abuso di alcool:

Tagli:

Altri episodi di autolesionismo: No Sì Numero: _____

(Tentativi di suicidio, intossicazioni volontarie...)

Episodi di disturbi alimentari:

Episodi di aggressività eterodiretta: No Sì

Numero: _____

Eventi stressanti (a forte impatto emotivo):

Terapia farmacologica prescritta:

Terapia farmacologica in urgenza:

Compliance: Assente Scarsa Sufficiente Buona

Comorbilità psichiatrica:

Comorbilità somatica:

INIZIO TRATTAMENTO MBT

Data (mm/aaaa): _____ / _____

SCL-90: Data: _____ / _____ / _____ Punteggio
(GSI): _____

SCID-II: Data: _____ / _____ / _____
(N° item codificati "3")

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evitante: _____/4 | <input type="checkbox"/> Schizoide: _____/4 |
| <input type="checkbox"/> Dipendente: _____/5 | <input type="checkbox"/> Istrionico: _____/5 |
| <input type="checkbox"/> Ossessivo-compulsivo: _____/4 | <input type="checkbox"/> Narcisistico: _____/5 |
| <input type="checkbox"/> Passivo-aggressivo: _____/4 | <input type="checkbox"/> Borderline: _____/5 |
| <input type="checkbox"/> Depressivo: _____/5 | <input type="checkbox"/> Antisociale: _____/3 |
| <input type="checkbox"/> Paranoide: _____/4 | <input type="checkbox"/> NAS: _____/1 |
| <input type="checkbox"/> Schizotipico: _____/5 | |

VALUTAZIONE INTERMEDIA

Periodo di riferimento (mm/aaaa-mm/aaaa): _____ / _____ - _____
/ _____

SCL-90: Data: _____ / _____ / _____ Punteggio
(GSI): _____

VALUTAZIONE FINALE

(Relativa agli ultimi 12 mesi del percorso MBT)

Periodo di riferimento (mm/aaaa-mm/aaaa): _____ / _____ - _____
/ _____

Visite programmate: No Sì Numero: _____ N° mancati
appuntamenti: _____

Visite d'urgenza: No Sì Numero: _____

Ricoveri psichiatrici: No Sì Numero: _____

N° giorni complessivi: _____

Altri ricoveri: No Sì Numero: _____

N° giorni complessivi: _____

Abuso di sostanze psicotrope:

Abuso di alcool:

Tagli:

Altri episodi di autolesionismo: No Sì Numero: _____
(Tentativi di suicidio, intossicazioni volontarie...)

Episodi di disturbi alimentari:

Episodi di aggressività eterodiretta: No Sì
Numero: _____

Eventi stressanti (a forte impatto emotivo):

Terapia farmacologica prescritta:

Terapia farmacologica in urgenza:

Compliance: Assente Scarsa Sufficiente Buona

Comorbilità psichiatrica:

Comorbilità somatica:

SCL-90: Data: _____ / _____ / _____ Punteggio

(GSI): _____

SCID-II: Data: _____ / _____ / _____

(N° item codificati "3")

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evitante: _____/4 | <input type="checkbox"/> Schizoide: _____/4 |
| <input type="checkbox"/> Dipendente: _____/5 | <input type="checkbox"/> Istrionico: _____/5 |
| <input type="checkbox"/> Ossessivo-Compulsivo: _____/4 | <input type="checkbox"/> Narcisistico: _____/5 |
| <input type="checkbox"/> Passivo-Aggressivo: _____/4 | <input type="checkbox"/> Borderline: _____/5 |
| <input type="checkbox"/> Depressivo: _____/5 | <input type="checkbox"/> Antisociale: _____/3 |
| <input type="checkbox"/> Paranoide: _____/4 | <input type="checkbox"/> NAS: _____/1 |
| <input type="checkbox"/> Schizotipico: _____/5 | |

Allegato 4

Irene Cameriero

Matricola n. 2050352

Studentessa di scienze Infermieristiche

Università degli studi di Padova

INTERVISTA

- Puoi parlarmi del tuo ruolo come infermiere e della tua esperienza nel lavorare a contatto con pazienti che presentano il disturbo borderline di personalità e sono a rischio suicidio?

- Quali segnali di allarme (alert) identifichi più frequentemente nei pazienti con DBP a rischio suicidio?

- Come interpreti i cambiamenti di umore e comportamento nei pazienti con DBP, in relazione al rischio suicidario?

- Quali comportamenti tipici del DBP consideri particolarmente preoccupanti in termini di rischio suicidario?

- Come interpreti gesti autolesivi o minacce di suicidio in pazienti con DBP e quando è necessario intervenire immediatamente?

- Quali strategie potrebbero essere utilizzate per monitorare costantemente i pazienti, soprattutto quando partecipano al gruppo MBT?

- In che modo l'MBT ti aiuta a riconoscere i segnali di allarme (alert)?

- Come gestisci la comunicazione all'interno del gruppo MBT per monitorare il rischio suicidario?

- Quale formazione o risorse ritieni essenziali per riconoscere i segnali di allarme in questa tipologia di pazienti?
