



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**  
*Scuola di Medicina e Chirurgia*  
*Dipartimento di Medicina*  
**Corso di Laurea in Infermieristica**

Tesi di Laurea triennale

**LA PRESA IN CARCO DEL PAZIENTE CON  
DISTURBO DI PERSONALITÀ BORDERLINE**

Relatore: Professore Liziero Luciano

Laureanda: Toniolo Alessia

Matricola n° 1233180

Anno accademico 2021/2022



## **ABSTRACT**

**Background:** il disturbo di personalità borderline è un disturbo invalidante, per cui le persone che ne sono affette, manifestano difficoltà nell'instaurare relazioni durature, soffrono l'abbandono, vivono sentimenti di vuoto cronici e in momenti di forte sconforto si procurano delle lesioni, arrivando a volte anche a togliersi la vita.

L'obiettivo di questo lavoro, è quello di trovare gli strumenti infermieristici e medici da adottare per il trattamento della patologia, sia nel momento del ricovero in fase acuta, sia quando il paziente giunge a domicilio, per una migliore gestione del paziente e del suo benessere psico-fisico.

Ulteriormente agli interventi da adottare per i singoli pazienti, ci poniamo anche l'obiettivo di ricercare dei programmi/attività che vengano messe in atto nei confronti dei familiari, che vivono a stretto contatto con il familiare malato.

**Materiali e metodi:** per la ricerca del materiale bibliografico si sono utilizzate le banche dati Pub Med e Google Scholar, dalle quali sono stati selezionati la maggior parte degli articoli; si sono utilizzati anche dei siti internet da cui sono stati ricavati alcuni articoli e diverse informazioni inserite all'interno della tesi.

**Risultati:** gli articoli raccolti riguardano sia attività di tipo assistenziale, sia interventi di tipo farmacologico, rivolti ai pazienti in fase acuta nell'immediato ingresso in reparto.

Sono stati trovati poi anche degli articoli che trattano dei programmi creati apposta per i familiari/caregiver dei pazienti malati.

**Conclusioni:** il personale sanitario all'interno di un reparto di Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, ha un ruolo importantissimo nella gestione dei pazienti ricoverati.

La letteratura ha dato luce a differenti attività di tipo assistenziale, che possono essere eseguite dal personale sanitario (infermieri e terapeuti) nei confronti dei pazienti ricoverati (arte terapia e differenti tipi di psicoterapie), che hanno dato esito positivo.

Oltre a queste, vengono anche evidenziate le terapie farmacologiche che sono risultate maggiormente efficaci per la gestione del disturbo borderline.

Oltre alle attività che possono essere praticate all'interno del contesto ospedaliero, questo studio mette in evidenza quali sono i percorsi che i familiari dei pazienti borderline, devono seguire nel momento in cui il soggetto malato fa ritorno al domicilio, per poter essere in grado di gestirlo nel modo corretto. Essendo la patologia borderline, una malattia che destabilizza sia il malato stesso, sia chi convive con esso, trovare delle strategie e degli interventi per aiutare i pazienti o i loro familiari ad alleviare la sofferenza e avere di conseguenza una buona qualità di vita è l'obiettivo principale che ci poniamo in questo lavoro.



## Sommario

<b>INTRODUZIONE</b> .....	1
<b>CAPITOLO 1. BACKGROUND</b> .....	3
1.1 I disturbi di personalità .....	3
1.2 Il disturbo di personalità borderline e il DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders .....	3
1.3 Eziologia .....	5
1.4 Eziopatogenesi .....	6
1.5 Sintomi .....	7
1.6 Diagnosi .....	9
1.7.1 Diagnosi differenziale .....	10
1.8 Terapia - trattamento .....	10
1.9 Assistenza al paziente con disturbo di personalità borderline .....	11
1.10 Problemi - prevenzione .....	12
<b>CAPITOLO 2. MATERIALI E METODI</b> .....	15
2.1 Problema: il fenomeno .....	15
2.2 Obiettivo.....	15
2.3 Quesito: PIO.....	15
2.4 Stringhe di ricerca .....	16
2.5 Banche dati.....	16
2.6 Criteri di inclusione ed esclusione .....	16
<b>CAPITOLO 3. FOREGROUND</b> .....	19
<i>PARTE 1</i> .....	19
3.1 Trattamenti assistenziali.....	19
3.2 Trattamenti medici .....	28
<i>PARTE 2</i> .....	40
3.1 Burden.....	40
3.2 Interventi extraospedalieri - domiciliari.....	41
<i>PARTE 3</i> .....	47
3.1 Risultati finali.....	47
<b>CAPITOLO 4. DISCUSSIONE</b> .....	53
4.1 Analisi critica .....	53
4.1 Discussioni .....	54
4.2 Implicazioni pratiche.....	56
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	59
<b>SITOGRAFIA</b> .....	63



## INTRODUZIONE

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere di ogni soggetto; lo si evince dalla definizione che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dà alla parola salute: *“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia o di infermità”*.

La salute mentale può essere influenzata da diversi fattori socio-economici, sui quali è necessario agire con strategie globali di promozione, prevenzione e trattamento.

Il disturbo mentale viene inteso come una sindrome caratterizzata da significativi problemi nel pensiero, nella regolazione delle emozioni o nel comportamento di una persona, che riflettono una disfunzione dei processi psicologici, biologici o dello sviluppo che compongono il funzionamento mentale.

Il disturbo borderline di personalità fa parte dei disturbi mentali, e la sua percentuale è in crescente aumento, arrivando addirittura a toccare numeri tra il 15% e il 28% della popolazione psichiatrica totale, sia seguita in ambulatorio che ricoverata in ospedale (Korzekwa et al., 2008).

Data l'enorme quantità di popolazione affetta dalla patologia, c'è il bisogno di trovare il metodo più corretto per una sua cura e gestione. Questo perché è una condizione molto invalidante per la vita del soggetto che ne è affetto, e il suo malessere si riversa poi, sui familiari che vivono con lui h24 a domicilio.

Tutti gli interventi che raccoglierò da studi nelle banche dati, sono stati approvati e son stati definiti validi per il trattamento della patologia.

Ho deciso di affrontare questo argomento, perché durante il mio periodo di tirocinio presso l'SPDC 3, ho avuto a che fare con diversi pazienti borderline, e mi ha affascinato il loro comportamento, e in quei momenti di escalation non riuscivo a pieno, a capire cosa provassero e quali fossero le azioni giuste che dovevo mettere in atto per confrontarmi con loro. Inoltre, molto spesso vedevo pazienti tornare dopo poco le dimissioni, e mi chiedevo come fosse possibile che a casa le cose non migliorassero o perché non riuscissero a rimanerci per più tempo.

Sono arrivata poi alla conclusione che spesso è proprio l'ambiente familiare a esacerbare determinati problemi/comportamenti/situazioni di salute, e che bisognava trovare però un modo per risolvere il problema e far sì che il paziente potesse rimanere per più tempo a casa senza subire ricoveri con breve distanza l'uno dall'altro.





## **CAPITOLO 1. BACKGROUND**

### **1.1 I disturbi di personalità**

I disturbi di personalità vengono definiti come delle alterazioni disfunzionali stabili e pervasive nel funzionamento della personalità del soggetto, che però non producono necessariamente quadri clinici dell'area psicotica o nevrotica, ma che rendono problematiche le relazioni affettive e l'adattamento alla realtà e al mondo esterno.

Chi ne è affetto soffre di paura dell'abbandono, disregolazione emotiva, sensazione cronica di vuoto e comportamenti autolesivi; si caratterizza per un instabile senso del sé, per emozioni intense e volatili e per comportamenti impulsivi (Gunderson et al., 2018).

All'interno dei disturbi di personalità troviamo differenti tipologie di questo disturbo, suddivise in 3 Cluster differenti, che nel capitolo successivo andremo meglio ad analizzare;

- Disturbo paranoide di personalità
- Disturbo schizoide di personalità
- Disturbo schizotipico di personalità
- Disturbo borderline di personalità
- Disturbo istrionico di personalità
- Disturbo narcisistico di personalità
- Disturbo antisociale di personalità
- Disturbo evitante di personalità
- Disturbo dipendente di personalità
- Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità
- Disturbo passivo-aggressivo di personalità
- Disturbo depressivo di personalità
- Disturbo sado-masochistico di personalità

### **1.2 Il disturbo di personalità borderline e il DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**

Il termine "*borderline*" nasce a fine 1800 e Hughes (1884) fu tra i primi a descriverlo definendolo uno "*stato a confine con la follia*".

Il disturbo di personalità borderline è caratterizzato da una pervasiva instabilità nelle relazioni interpersonali, dell'umore e dell'immagine di sé e da una impulsività marcata.

Il soggetto affetto da DP borderline con instabilità affettiva e marcata reattività dell'umore agli agenti esterni (episodi di depressione o ansia che durano anche poche ore) è accompagnato da

sentimenti cronici di vuoto o da noia, che lo portano spesso ad atti impulsivi che hanno un certo rischio (spese eccessive, sesso promiscuo, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).

Fatica da accettare la solitudine e di conseguenza non tollera gli abbandoni reali o le minacce di abbandono.

Troviamo nel suo comportamento anche un'importante quota di aggressività, spesso rivolta verso di sé, con comportamenti suicidari e auto aggressivi, in genere accompagnati da minacce e ricatti a scopo manipolatorio. Molto spesso chi ne soffre pratica su sè stesso tagli sui polsi, ingestione di corpi estranei o pratica l'autobruciatura della pelle nei momenti di tensione emotiva o rabbia, soprattutto se collegati a delusioni sentimentali o abbandoni.

Diversi autori hanno identificato all'interno di tale disturbo, due diversi tipi di suicidarietà: una *suicidarietà acuta*, presente nel 10% dei casi, che si esprime con atti suicidari veri e propri, legati a stati acuti di angoscia, disperazione e rabbia in risposta a minacce reali di abbandono; la seconda è una *suicidarietà cronica*, si esprime con tutte quelle condotte autolesive e autodistruttive tipiche del paziente borderline.

Molto spesso il disturbo borderline si presenta in comorbidità con altri disturbi psichiatrici come ad esempio i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia o del comportamento alimentare.

Nel 1890 Rosse, usò il termine borderline per indicare i soggetti che oscillavano tra la follia e la ragione e che presentavano un quadro psicopatologico meno grave rispetto alle psicosi classiche. Con il passare degli anni e il diffondersi della psicoanalisi il concetto di questo termine andò gradualmente a modificarsi. Molti psicoanalisti infatti stavano osservando quadri clinici collocabili in un'area intermedia tra nevrosi e psicosi.

Il DSM nacque nel 1952 e il suo compito fin da allora è stato quello di suddividere e distinguere i vari disturbi mentali in altrettante categorie diagnostiche, secondo criteri precisi di presenza-assenza di specifici sintomi o segni.

Nel 1980 venne revisionato e introdotto il DSM-III e da questo momento il disturbo borderline di personalità acquisisce una forma nosologica indipendente.

Vengono identificati 8 criteri che ne definiscono le caratteristiche peculiari:

- rapporti interpersonali instabili
- impulsività
- instabilità dell'umore
- rabbia intensa e inappropriata
- comportamenti autolesivi
- disturbo dell'identità

- cronici sentimenti di vuoto
- difficoltà a gestire la solitudine

Nel 1994 venne revisionato nuovamente (DSM-IV) e da quel momento si è iniziato ad apprezzare una suddivisione per i diversi disturbi di tipo multiassiale, ovvero con 5 diversi assi così ripartiti:

1. **ASSE I:** comprende i vari disturbi psichici clinicamente rilevabili
2. **ASSE II:** comprende i disturbi di personalità e il ritardo mentale
3. **ASSE III:** elenca qualsiasi disturbo fisico o condizione medica generale che possa associarsi al disturbo mentale sia che vi sia una relazione-causa-effetto tra la prima e il secondo, sia in assenza di relazioni
4. **ASSE IV:** codifica eventuali problemi di natura psicosociale ed ambientale e fattori di stress che contribuiscono significativamente allo sviluppo o all'aggravamento della malattia in atto
5. **ASSE V:** contiene una valutazione del funzionamento globale del paziente in uno specifico momento.

I disturbi di personalità (DP) vengono suddivisi nel DSM IV in tre sottogruppi o cluster.

- *Cluster A:* è caratterizzato da elementi di stravaganza, eccentricità, bizzarria, sfiducia e chiusura nei confronti degli altri. Il soggetto che ne soffre tende all'isolamento.  
In questo gruppo troviamo i disturbi di personalità paranoide, schizoide e schizotipico.
- *Cluster B:* è caratterizzato da elementi di drammaticità, imprevedibilità e labilità da punto di vista emotivo.  
In questo gruppo troviamo il disturbo di personalità istrionico, narcisistico, borderline e antisociale.
- *Cluster C:* è caratterizzato da elementi di inibizione, ovvero ansia e timore.  
In questo gruppo troviamo il disturbo di personalità dipendente, evitante e ossessivo compulsivo.

Nel 2013 c'è stata l'ultima revisione del DSM-5, che ha aggiornato i criteri diagnostici per fare diagnosi.

### **1.3 Eziologia**

Il disturbo borderline di personalità interessa circa l'1,1%-2,5% della popolazione adulta e si registra una prevalenza di donne (75-80%) rispetto agli uomini.

Si stima che il disturbo contribuisca al 20% dei ricoveri psichiatrici e si riscontri nel 10% dei pazienti ambulatoriali, quindi dei borderline riconosciuti ufficialmente 1/3 si cura solo in ambulatorio, mentre 2/3 subiscono almeno 1 ricovero.

L'etnia non sembra essere una variabile da cui dipende il disturbo.

#### **1.4 Eziopatogenesi**

Fino a vent'anni fa si pensava che i fattori eziopatogenetici coinvolti nell'insorgenza del disturbo borderline dovessero essere ricercati in una prospettiva restrittivamente psicologica.

Masterson e Rinsley (22) pensavano che la psicogenesi del DBP fosse dovuta alle madri che interferivano con i bisogni dei propri figli e impedivano loro di raggiungere un'autonomia emotiva.

Masterson aveva fatto presente che, alle madri dei pazienti affetti da questo disturbo era stato a loro volta diagnosticato il disturbo, e da ciò sosteneva che il disturbo fosse psicologicamente "trasmissibile".

Per altri autori il disturbo veniva trasmesso per via genetica e non con una trasmissibilità psicologica.

Negli ultimi anni invece le ipotesi eziopatogenetiche sono state orientate diversamente. Le cause del DPB sono state ricercate nelle diverse forme di abuso infantile intrafamiliare, sia sul piano psicologico che su quello fisico e/o sessuale.

I ricercatori sostengono che, un ambiente familiare caratterizzato da episodi di abuso, sia un elemento predominante nelle storie dei pazienti borderline.

Si è visto come molti soggetti borderline, abbiano la tendenza a mettere in atto in età adulta proprio quei comportamenti che durante l'infanzia hanno maggiormente contribuito allo sviluppo del disturbo.

I soggetti in questione, in età adulta, spesso compromettono con la loro impulsività e aggressività le situazioni lavorative e le relazioni affettive, distruggendole.

Per concludere possiamo affermare che nella patogenesi del DBP si sommano e si intersecano diversi fattori: una componente genetica e costituzionale, la figura materna eccessivamente opprimente, una storia di abuso in età infantile nell'ambito familiare.

- *Fattori genetici*: il DBP è cinque volte più frequente in persone con un consanguineo stretto (parentela biologica di primo sangue) affetto dal disturbo.
- *Fattori ambientali e sociali*: molti soggetti con DBP riferiscono eventi traumatici nella propria vita, come una storia di abuso o abbandono durante l'infanzia; altri possono essere stati esposti a relazioni instabili e conflitti ostili.

Ricordiamo però che, la vera importanza per ognuno di questi fattori deve essere stabilita in ogni storia clinica di ogni specifico paziente.

## **1.5 Sintomi**

I sintomi che caratterizzano il disturbo sono molteplici e comprendono diverse aree del funzionamento. In un articolo su Nature Reviews (Gunderson et al., 2018) i sintomi vengono suddivisi in quattro aree:

- Instabilità interpersonale
- Disturbi dell'immagine di sé e problematiche cognitive
- Disregolazione emotiva
- Disregolazione comportamentale

### **INSTABILITÀ INTERPERSONALE**

La sfera delle relazioni interpersonali è una delle aree maggiormente problematiche in pazienti con questo disturbo e si caratterizza per la creazione di relazioni instabili e conflittuali.

I pazienti possono sentirsi profondamente coinvolti o addirittura dipendenti all'interno di una relazione, per poi sfociare con comportamenti manipolatori nel momento in cui i loro bisogni non vengono soddisfatti come vorrebbero.

### **IPERSENSIBILITÀ A SEGNALI SOCIALI NEGATIVI**

(Carpenter R.W., 2013) il paziente borderline vive con un'intensità emotiva marcata i segnali di rifiuto, critica o disattenzione.

Si insinua molto spesso l'idea e la paura dell'abbandono da parte della persona che sta al loro fianco.

Le reazioni che si scatenano ai segnali sociali negativi sono spesso esagerate e caratterizzate da rabbia, ansia e aggressività.

### **DIFFICOLTÀ NELLE RELAZIONI INTIME**

Per i pazienti borderline le relazioni intime si presentano spesso caotiche e instabili.

Si contraddistinguono per momenti di forte intimità e coinvolgimento alternate ad allontanamenti e momenti conflittuali.

Il partner viene idealizzato inizialmente, viene visto come buono, altruista, attento e affettuoso, ma basta un piccolo "errore" o "disattenzione" che viene catalogato come cattivo ed insensibile.

### **DISTURBI NELL'IMMAGINE DI SÉ E DELLA SFERA COGNITIVA**

In questi pazienti l'immagine di sé risulta povera e poco sviluppata, son presenti sentimenti di vuoto e noia.

Lo stile cognitivo che li accompagna è di tipo dicotomico, o è bianco o è nero, o tutto o nulla. I pazienti borderline hanno un atteggiamento critico verso sé stessi, alimentano in modo costante i sentimenti di colpa, presentano scarsa autostima e sensazioni di vergogna molto frequenti. Quando si pongono degli obiettivi, questi mutano frequentemente e vengono portati avanti con scarsa convinzione.

### **DISREGOLAZIONE EMOTIVA**

È uno dei sintomi caratteristici del disturbo. I pazienti borderline hanno frequenti e repentini cambi di umore e faticano a gestire le proprie emozioni. Hanno la capacità di passare da momenti di serenità e calma a momenti di forte irrequietezza o rabbia e viceversa, anche senza una causa scatenante.

### **ALESSITIMIA**

(New A.S. et al, 2012) si intende l'incapacità di riconoscere e descrivere le proprie emozioni. Questo crea ancora più difficoltà per i pazienti ad intraprendere relazioni sane e appaganti.

### **DISREGOLAZIONE COMPORTAMENTALE**

I sintomi comportamentali maggiormente diffusi nel disturbo borderline riguardano le difficoltà che i pazienti hanno nel gestire situazioni frustranti e nel regolare le emozioni.

I pazienti borderline rispetto ai soggetti sani non sono in grado di rimandare una soddisfazione immediata, preferendola ad una soddisfazione maggiore ma più lontana nel tempo.

Inoltre questi soggetti non riescono a prevedere le conseguenze negative che le loro azioni possono portare; compiono gesti rischiosi per loro stessi e per gli altri (guidano in modo spericolato, hanno rapporti sessuali a rischio, usano sostanze stupefacenti).

In situazioni di grande stress emotivo reagiscono in modo aggressivo e fisico e faticano ad inibire comportamenti inappropriati.

### **COMPORTAMENTI AUTOLESIVI**

I comportamenti autolesivi in questi pazienti sono molto frequenti; tagli sulle braccia e sul corpo. Questi comportamenti in letteratura assumono due diverse chiavi di lettura.

Da una parte (Gunderson et al., 2018) sono visti come auto-punizione a fronte di un rapporto malsano con sé stessi. Dall'altra parte, possono essere utilizzati dai pazienti per "gestire" delle situazioni molto intense.

(Reitz et al., 2015) si è visto come questi comportamenti autolesivi riducano l'intensità dell'emozione percepita, riducendo l'attività dell'amigdala e vengono quindi utilizzati a scopo rilassante e per ridurre lo stress emotivo.

## 1.6 Meccanismi di difesa

Ricerca e trovare le strutture difensive della patologia borderline è fondamentale per capirne meglio l'assessment clinico e diagnostico.

Il meccanismo di difesa principale messo in atto dai pazienti borderline è dato da meccanismi di scissione. Non mancano anche altri meccanismi tra cui il diniego, la svalutazione, l'idealizzazione e l'onnipotenza.

- *Scissione*: si esprime attraverso la visione di oggetti completamente buoni e altri completamente cattivi, senza che ci sia una via di mezzo. Quando una persona prima veniva vista come buona, ma poi delude le aspettative del soggetto, subito dopo può venire svalutata, disprezzata e odiata in maniera altrettanto totale.

A volte anche il soggetto si percepisce in modo positivo e altre in modo negativo; al tempo stesso anche l'atteggiamento è scarsamente integrato, a volte è caratterizzato da eccessiva severità, altre da eccessiva indulgenza.

- *Idealizzazione*: va a creare immagini potenti ma che non sono reali e può sopraggiungere e interferire nell'esperienza terapeutica, investendo anche il clinico.
- *Diniego*: si viene a manifestare con mancanza di preoccupazione, ansia o reazione emotiva nei riguardi di bisogni, conflitti o pericoli. Il diniego quindi non si esprime come una "negazione della realtà", che viene coscientemente riportata, ma sulla convinzione che non ci siano implicazioni emotive o connessioni con essa. Il borderline vive la sua vita con un costante e cronico sentimento di vuoto.

## 1.7 Diagnosi

Per poter fare diagnosi di disturbo borderline di personalità devono esserci almeno 5 dei seguenti sintomi:

- Tentativi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono da parte di qualcuno
- Un pattern di relazioni interpersonali instabile e intenso, caratterizzato dall'alternanza di estremi di idealizzazione e svalutazione
- Disturbi dell'identità: marcata o persistente instabilità nell'immagine di sé o senso di sé
- Impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose per il paziente (prodigalità, abuso di sostanze, sesso, condotte alimentari etc.)

- Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidarie o gesti autolesivi
- Instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore (intensi episodi di disforia, irritabilità e ansia che durano poche ore)
- Cronica sensazione di vuoto
- Rabbia inappropriata, intensa o problematiche nel controllare la rabbia
- Transitorie ideazioni paranoide, spesso associate a momenti di stress, oppure sintomi dissociativi

Generalmente i sintomi si presentano in età adolescenziale o nella prima età adulta e producono un peggioramento evidente del funzionamento sociale, relazionale e lavorativo della persona.

### 1.7.1 Diagnosi differenziale

Molto spesso, quando si vuole fare diagnosi di disturbo borderline di personalità, si diagnostica più comunemente:

- *Disturbo bipolare*: è un disturbo che si caratterizza da ampie fluttuazioni di umore e comportamento. Mentre nel disturbo borderline, l'umore e i comportamenti cambiando in modo rapido come risposta a fattori stressanti soprattutto interpersonali, nel disturbo bipolare, l'umore è più sostenuto e meno reattivo, e i soggetti affetti hanno spesso cambiamenti significativi di energia e attività.
- *Disturbo di personalità istrionico o narcisistico di personalità*: i pazienti con uno di questi disturbi possono essere alla ricerca di attenzione e essere manipolativi, i pazienti borderline invece si vedono anche come male e si sentono vuoti.
- *Disturbi depressivi e disturbi d'ansia*: questi possono essere distinti dal disturbo borderline di personalità basato sull'immagine negativa di sé, legami instabili e alla sensibilità al rifiuto che sono caratteristiche di spicco del disturbo borderline, e sono assenti solitamente nei pazienti con disturbo dell'umore o d'ansia.

### 1.8 Terapia - trattamento

La gestione e la cura del disturbo borderline, prevede una cura a 360° di diverse problematiche psichiatriche presenti contemporaneamente nel soggetto. Il disturbo in questione presenta una forte correlazione con altri disturbi come ad esempio disturbi depressivi, disturbi d'ansia, disturbi alimentari e abuso di sostanze.

Quindi, un corretto percorso di cura, necessita di prendere in considerazione non solo la patologia ma anche gli eventuali disturbi psichiatrici in comorbilità.



Dal punto di vista farmacologico, secondo diversi studi disponibili, gli SSRI sono attualmente i farmaci di prima scelta per il trattamento dei sintomi tipici di questo disturbo. Si sono rivelati utili per il controllo della labilità dell'umore, della rabbia e dei sintomi ansiosi.

Altro motivo per cui questi farmaci vengono utilizzati è che hanno un ampio spettro d'azione e al tempo stesso hanno contenuti effetti collaterali e margini di sicurezza ampi.

Oltre agli SSRI, anche gli antipsicotici atipici sono molto validi per il trattamento del disturbo.

In questa tipologia di paziente oltre che a un trattamento farmacologico è molto importante intraprendere anche un percorso assistenziale più di tipo educativo/emotivo/relazionale.

Gli operatori sanitari all'interno delle strutture, quando il paziente viene ricoverato in fase acuta, dovranno essere in grado di integrarlo nel migliore dei modi, proponendo attività singolari o di gruppo.

Il trattamento non farmacologico per questi pazienti risulta essere fondamentale.

### **1.9 Assistenza al paziente con disturbo di personalità borderline**

La relazione terapeutica è definita come una relazione umana tra due soggetti, in questo caso specifico tra paziente affetto da disturbo di personalità di borderline e infermiere o altri operatori sanitari.

Potremmo usare per descriverla, in modo ampio, tre parole: empatia, ascolto, collaborazione.

All'interno della relazione ci deve essere inoltre fiducia, rispetto e volontà di raggiungere l'obiettivo prefissato.

Il professionista in primis deve avere adeguate competenze, conoscenze e capacità personali che possono derivare o meno dalle esperienze cliniche precedenti, al fine di promuovere il recupero e/o il mantenimento dello stato di salute dell'assistito e di migliorarne la qualità della vita.

Nell'ambito psichiatrico la relazione terapeutica è fondamentalmente, senza di questa non ci può essere la creazione di un percorso curativo per il paziente.

Per crearla, è importantissimo fin dai primi momenti in cui ci si avvicina al paziente, porci al suo livello, non dobbiamo esporci in maniera troppo forte o il paziente potrebbe considerarci dei rivali e rendere il percorso difficile.

L'infermiere deve essere in grado, di far sì che il paziente si fidi di lui e che si rivolga a lui per qualsiasi difficoltà durante il periodo del ricovero.

Per un rapporto ottimale, l'infermiere che si occupa dei pazienti con disturbo di personalità borderline dovrebbe mantenere un comportamento neutrale:

-Non giudicare i comportamenti del paziente

-Non alzare la voce quando parla

- Far sentire il paziente al sicuro e farlo sentire libero di poter esprimere la sua opinione
- Mantenere un atteggiamento empatico ma sempre ricordando la gerarchia all'interno della struttura ospedaliera
- Non contraddire le idee del paziente, in alternativa farci spiegare la motivazione di queste
- Complimentarsi col paziente quando raggiunge degli obiettivi che erano stati prefissati
- Non demoralizzare il paziente se non riesce a fare qualcosa, ma tentare di stimolarlo e aiutarlo se presenta difficoltà.

In un contesto come quello psichiatrico, la relazione tra paziente e infermieri risulta fondamentale, perché i soggetti in questione necessitano di un rapporto emotivo ed empatico molto più presente rispetto ad altre tipologie di paziente.

Sempre a livello relazionale, ricordiamo che anche le figure familiari, come i caregiver sono fondamentali. Durante il periodo del ricovero le figure di supporto sono gli infermieri, i medici e gli psicologi, ma al domicilio le figure di riferimento sono i familiari. Se questi non vengono "addestrati" ad un corretto approccio con i pazienti sarà sempre più difficile la convivenza tra le due parti.

Ricordiamo che all'uscita dal ricovero, i pazienti verranno seguiti periodicamente dagli operatori dei Day Hospital, quindi ci sarà una continuazione terapeutica anche al di fuori dal SPDC per favorire il mantenimento dello stato di benessere e salute iniziato in reparto.

### **1.10 Problemi - prevenzione**

Come scritto precedentemente il disturbo di personalità borderline è un disturbo molto invalidante sia per chi ne è affetto sia per chi vive attorno alla sfera del paziente.

Molto spesso i soggetti borderline tendono a trascinare gli altri in un vortice di emotività, situazioni tristi e drammatiche. Non riescono a inibire le emozioni, molto spesso esternano emozioni che realmente non provano internamente, drammatizzano ed esagerano molti aspetti della loro vita o i loro sentimenti.

Proiettano sugli altri le loro inadempienze, si considerano vittime quando alle volte sono loro stessi i carnefici, cambiano umore in modo repentino.

Di conseguenza, trattandosi di un disturbo di personalità, le aree maggiormente colpite sono quelle della vita, la parte relazione viene minata in modo persistente, così che il soggetto malato non riesce a stabilire dei rapporti di amicizia, affetto o amore che abbiano una stabilità nel tempo. Il primo passo per poter affrontare nel migliore dei modi la situazione di malattia è avere affianco a questi soggetti qualcuno che riconosce il problema e chiede aiuto per lui. Il paziente stesso non

chiederà mai lui in prima persona aiuto, anche perché molte volte potrebbe non rendersi effettivamente conto del problema di cui è affetto.

Il supporto psicologico e psicoterapeutico è fondamentale. Inizierà con il paziente e con i familiari un percorso di cura, che prevederà inizialmente un ricovero durante la fase acuta nel Servizio di Prevenzione Diagnosi e Cura (SPDC) e successivamente degli incontri settimanali presso i Day Hospital.

Verrà messo in atto anche un trattamento farmaceutico al primo ingresso in struttura, a seconda delle esigenze del soggetto, che verrà poi continuato a domicilio.



## CAPITOLO 2. MATERIALI E METODI

### 2.1 Problema: il fenomeno

Il disturbo di personalità borderline è caratterizzato da comportamenti che rendono difficili le relazioni interpersonali, le rende instabili e conflittuali; il paziente borderline soffre la paura di venire abbandonato e se questo succede risponde con gesti autolesivi o comportamenti suicidari. Come già scritto in precedenza è un disturbo molto invalidante sia per chi lo vive che per coloro che assistono il paziente affetto dalla patologia stessa.

Negli ultimi anni si è visto notevolmente un aumento dei casi di diagnosi di disturbo borderline.

### 2.2 Obiettivo

La seguente tesi si pone come obiettivo quello di ricercare diversi articoli, da differenti banche dati, contenenti gli interventi farmacologici/assistenziali (medici e infermieristici) che possono essere messi in atto in fase acuta per la gestione di un paziente borderline all'interno di un contesto ospedaliero.

Oltre agli interventi che vengono eseguiti in fase acuta, andremo anche a ricercare quelli che vengono eseguiti a domicilio, con l'aiuto del caregiver, per poter avere una continuità assistenziale anche al di fuori del reparto di cura.

### 2.3 Quesito: PIO

Dopo aver analizzato e definito il problema “disturbo di personalità borderline”, tramite la formulazione di un quesito PIO, andremo a raccogliere le evidenze scientifiche sugli interventi maggiormente messi in atto, in fase acuta e in fase cronica, rivolti ai pazienti con questo disturbo.

<b>P:</b> <i>Popolazione o pazienti</i>	Pazienti con una diagnosi di disturbo borderline
<b>I:</b> <i>Interventi messi in atto durante il periodo di ricovero in fase acuta o il periodo post-ricovero a domicilio; interventi per i caregiver</i>	Interventi maggiormente efficaci messi in atto durante il ricovero per una migliore gestione, o nel periodo post-ricovero a domicilio per una continuità assistenziale; interventi rivolti ai caregiver
<b>O:</b> <i>Outcome e risultati</i>	Soddisfazione delle aspettative dei pazienti e dei caregiver

In seguito alla formulazione del PIO si può giungere alle seguenti domande di ricerca:

- *Quali sono gli interventi maggiormente efficaci nell'assistenza infermieristica nei confronti di un paziente ricoverato in fase acuta affetto da disturbo di personalità borderline?*
- *Quali sono i farmaci maggiormente utilizzati per una gestione in acuto del paziente con disturbo di personalità borderline?*
- *I familiari dei pazienti con disturbo di personalità borderline come vivono la malattia?*
- *Quali sono gli interventi rivolti ai familiari/caregiver di pazienti di disturbo di personalità borderline?*

## 2.4 Stringhe di ricerca

Per ottenere dei risultati validi e più affini al quesito di ricerca che mi son posta, ho scelto di utilizzare delle parole chiave, che sono state:

- Borderline disorder
- Treatments
- Nursing care
- Art therapy
- Pharmacological therapy
- Pharmacological treatments

## 2.5 Banche dati

Per la ricerca dei differenti articoli, utilizzati per la stesura della tesi, mi sono affidata principalmente alla Banca dati Pubmed, secondariamente a Google Scholar e poi ad alcune linee guida.

## 2.6 Criteri di inclusione ed esclusione

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articoli in Italiano</li> <li>• Articoli in inglese</li> <li>• Articoli dal 2000</li> <li>• Articoli free full text</li> <li>• Clinical trial/Randomized Controlled Trial</li> <li>• Systematic review</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nessuno</li> </ul>

• Meta-Analysis	
-----------------	--





### CAPITOLO 3. FOREGROUND

All'interno di questo capitolo vedremo selezionati i differenti articoli raccolti dalle banche dati, con le relative informazioni e una loro breve descrizione.

Valuterò gli interventi che questi propongono e i relativi risultati che hanno portato, per poter infine definire quali siano maggiormente utili rispetto agli altri, per una miglior assistenza rivolta ai pazienti affetti da disturbo di personalità borderline.

#### PARTE 1

##### 3.1 TRATTAMENTI ASSISTENZIALI

Titolo articolo	<b>Benefits of Art Therapy in People Diagnosed With Personality Disorders: A Quantitative Survey</b>
Autore	Suzanne Haeyen, Farid Chakhssi, Susan Van Hooren
Anno	2020
Campione	539 pazienti con età dai 18 anni in su
Descrizione	Lo studio in questione riguarda l'arte terapia e informa sui diversi obiettivi raggiunti dai pazienti borderline dopo aver seguito un percorso di questo tipo

L'articolo in esame tratta l'arte terapia e gli obiettivi che ha fatto raggiungere ai pazienti coinvolti nel percorso:

- ➔ Essere in grado di esprimere le emozioni
- ➔ Miglioramento dell'immagine di sé
- ➔ Riuscire ad elaborare scelte in modo autonomo
- ➔ Riconoscere, comprendere e modificare dei modelli personali di sentimenti, comportamenti e pensieri
- ➔ Riuscire ad affrontare i propri limiti

Da quanto riscontrato nell'articolo sopra, l'arte terapia viene definita come "autoespressione" e come "un'alternativa all'espressione verbale". Viene usata dai pazienti, protagonisti del percorso, per esprimere emozioni e stati d'animo che con le parole, non riescono a dire.

Questa metodologia di approccio, utilizzata con i pazienti borderline si è vista essere molto efficace, perché i soggetti hanno una maggiore consapevolezza emotiva e aiuta al tempo stesso alla regolazione emotiva costruttiva.

In questo percorso i pazienti hanno fatto presente di non essersi sentiti giudicati e hanno potuto così esprimersi di più sotto diversi aspetti, che in altri contesti non avrebbero potuto fare o non sarebbero stati in grado di fare.

L'aumento del beneficio che questi traggono dal percorso a cui han partecipato, è proporzionale alla misura in cui, il paziente ha potuto sperimentare ed esprimere i propri sentimenti nelle opere d'arte che creava. Nelle opere d'arte i pazienti potevano esprimere tutte le loro emozioni e gli stati d'animo in modo libero.

*Punti di forza dello studio:*

1. Ampio numero di partecipanti
2. Condotta nel gruppo target interessato
3. Prima volta che si trattava l'arte terapia, ed han partecipato anche soggetti che non ne sapevano nulla

Si sono riscontrate però anche delle *limitazioni* a riguardo dello studio in esame:

→Nello studio non si trattava solo di arte terapia ma anche di altre metodiche e di conseguenza i risultati potrebbero non essere veritieri e potrebbero essere dipesi da altri fattori

→Non c'è stata correlazione tra benefici sperimentali e aspetti culturali o del QI

→Non ci danno informazioni su quali siano gli interventi decisivi dai quali si ottengono benefici dall'arte terapia

→Se nel corso dello studio alcuni pazienti hanno abbandonato, questi non sono stati inclusi nelle analisi, perché non erano dati noti al momento della misurazione

→I 3 mesi a cui lo studio fa riferimento erano un periodo nel corso di un trattamento già in corso, di conseguenza i risultati potrebbero essere non certi al 100%

Concludendo possiamo dire che i pazienti hanno affermato di aver trovato beneficio; hanno imparato ad esprimere le emozioni, hanno rafforzato e stabilizzato l'immagine di sé, hanno rafforzato la loro autonomia e hanno appreso le capacità per poter riconoscere e modificare i propri schemi di sentimento e azione.

Titolo articolo	<b>Evaluation a skills-based peer lead art therapy online-group for people with emotional dysregulation</b>
Autore	<b>Mahlie Jewell, Rachel C Bailey, Renae L Curran, Brin F S Grenyer</b>
Anno	2022
Campione	38 partecipanti dai 18 ai 54 anni
Descrizione	Lo studio tratta dell'arte terapia svolta online e che benefici ne hanno ottenuto i pazienti che vi hanno partecipato

Il programma descritto dall'articolo in esame riguarda un percorso assistenziale svolto online (causa Covid), per 18 settimane, con un incontro settimanale di 2 ore.

Su 38 partecipanti solo 31 di questi hanno portato a termine il programma.

Coloro che si occupavano dell'organizzazione di questo programma, mettevano a disposizione materiali artistici (tavole per dipingere e colori) e cartelle di lavoro che venivano recapitate per posta, ai partecipanti.

Il programma, dopo le valutazioni finali si è visto promettente, è stato definito accettabile da parte di coloro che lo hanno seguito e hanno lasciato al termine un feedback positivo; il 77,4% di coloro che ha aderito ha riportato che dopo questa esperienza il loro benessere è aumentato.

I partecipanti hanno migliorato le loro capacità di regolare le emozioni e di tollerare l'angoscia, hanno perfezionato la loro connessione con gli altri e hanno iniziato ad avere una maggior comprensione di sé e una più intensa voglia di vivere bene.

Si è visto come le creazioni artistiche fatte dai partecipanti facilitavano i processi e aiutavano l'espressione di emozioni difficili.

Titolo articolo	<b>Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder</b>
Autore	Kirsten Barnicot, Mike Crawford
Anno	2019
Campione	90 pazienti BPD
Descrizione	Vengono messe a comparazione la DBT e la MBT in un gruppo di 90 pazienti BPD.

In questo studio vengono messe a confronto due differenti metodologie di approccio al paziente borderline, la terapia comportamentale dialettica (DBT) e la terapia basata sulla mentalizzazione (MBT).

Il campione per questo studio è di 90 pazienti con disturbo di personalità borderline che ricevono o DBT o MBT per un periodo di 12 mesi.

Da un primo controllo si è riscontrato che i partecipanti che ricevono DBT hanno riportato un calo significativamente più ripido nel tempo negli incidenti di autolesionismo e nella disregolazione emotiva rispetto ai partecipanti che hanno ricevuto MBT.

Per confermare l'efficacia della DBT per un periodo maggiore di 12 mesi, bisognerebbe verificare ulteriori risultati che però non vengono riportati dall'articolo, perché non previsto un follow-up successivo al periodo iniziale.

### **TERAPIA COMPORTAMENTALE DIALETTICA:**

La terapia dialettico comportamentale è un trattamento cognitivo comportamentale ideato da Marsha Linehan per curare il disturbo borderline e le condotte suicidarie.

Questa tipologia di trattamento è una combinazione di più metodologie; psicoterapia individuale, skills training di gruppo, consultazione telefonica e un team di consultazione tra terapeutici.

Differenti studi empirici hanno dimostrato la sua efficacia nel disturbo borderline, per la maggior parte nella riduzione degli agiti autolesivi e dei comportamenti suicidari. Per questo motivo dal 2001 è inclusa nelle Linee Guida dell'American Psychiatric Association e dal 2009 nelle Linee Guida NICE tra le terapie "Evidence Based" per il trattamento del disturbo borderline.

Il ruolo principale della terapia comportamentale è di aiutare il paziente a prendere in considerazione sia il bianco sia il nero delle visioni/sensazioni che ha. Le persone con disturbo borderline ragionano con un pensiero di tipo dicotomico, ovvero o tutto o nulla, quindi funzionamento del "bianco o nero".

Il suo compito non è quello di mescolare il nero e il bianco per arrivare a vedere le sfumature di grigio, ma solamente di far prendere coscienza al paziente che esistono differenti variabili e che una non esclude l'altra, ma che possono essere al tempo stesso presenti entrambe.

Più precisamente la terapia comportamentale dialettica lavora su quei comportamenti definiti disfunzionali, che a diversi livelli impattano la vita della persona con DBT. Si tenta di generare e a far acquisire al soggetto delle risposte emotive, cognitive e comportamentali alternative rispetto a quelle che avrebbe solitamente, con lo scopo di ridurre il discontrollo comportamentale.

Da questo ne deriva la volontà di creare un miglioramento della qualità di vita del paziente, “affinchè si costruisca un’esperienza di vita degna di essere vissuta”, come affermato da Marsha Linehan.

### **TERAPIA BASATA SULLA MENTALIZZAZIONE**

La terapia basata sulla mentalizzazione – mentalization based treatment MBT, è una forma di psicoterapia realizzata ed applicata dagli psicologi Peter Fonagy e Anthony Bateman per il trattamento del disturbo borderline di personalità.

Il termine mentalizzazione sta ad indicare la capacità di mentalizzare delle azioni, pensieri e stati d’animo altrui, in parole più semplici significa “mettersi nei panni dell’altro”, sia da un punto di vista emotivo che cognitivo, in questo modo si acquisisce maggior consapevolezza sul perché di alcuni comportamenti, pensieri e stati d’animo altrui che possono attivarsi in un altro individuo.

Per i pazienti con DPB apprendere a mentalizzare è di fondamentale importanza, perché permette loro di attivare l’empatia cognitiva e quella emotiva/affettiva.

L’obiettivo di questo trattamento verso i pazienti con DPB è quello di aumentare la loro capacità di mentalizzare, con un conseguente miglioramento della regolazione affettiva, con riduzione dell’intento autolesivo e una maggior capacità nello stringere e portare avanti relazioni interpersonali stabili e al tempo stesso perseguire obiettivi significativi per la vita del paziente.

### **Psychotherapy for borderline personality disorder: a review of literature on the efficacy of four manualized treatments - PSICOTERAPIA PER IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: REVISIONE DELLA LETTERATURA SULL’EFFICACIA DI QUATTRO TRATTAMENTI MANUALIZZATI**

L’articolo in esame ha valutato 4 differenti tipologie di trattamento per pazienti affetti da disturbo di personalità borderline.

Andremo ad analizzarne alcuni.

#### **→MENTALIZATION BASED TREATMENT**

Il MBT è stato testato in due studi randomizzati e controllati, sia in regime ambulatoriale che in regime di ricovero.

Sono stati studiati 38 soggetti confrontando l’efficacia di MBT vs TAU (trattamento usuale). Il MBT ha riportato benefici significativamente maggiori rispetto al gruppo controllo per quanto riguarda comportamenti suicidari, autolesionismo e tempi di ricovero. Questi miglioramenti, sono stati confermati anche dopo 6 e 12 mesi e dopo il follow-up a 18 mesi.

La parte fondamentale di questo percorso è che dopo 6 anni dalla fine dello studio, il gruppo trattato con MBT ha continuato a mostrare livelli clinici migliori, per quanto riguarda i tentativi di suicidio.

Da ciò se ne deduce che i pazienti, trattati in questo programma, non solo mantenevano i loro guadagni avuti durante il percorso, ma che mostravano un continuo miglioramento in tutte le differenti aree anche dopo il termine.

Il gruppo di controllo invece, sottoposto a un trattamento psichiatrico standard, ha mostrato dei cambiamenti marginali durante il periodo in esame.

### **→ TRANSFERENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY**

È una tipologia di trattamento psicoterapico di derivazione psicodinamica, si basa sul modello delle relazioni oggettuali del disturbo borderline di personalità di Otto F. Kernberg, dove durante le sedute, il terapeuta pone delle domande al paziente e lo aiuta a pensare alle reazioni che può avere, in modo che il paziente stesso possa esaminare le sue esagerazioni, distorsioni e le immagini non realistiche di sé durante l'incontro.

L'intento è quello di consentire ai pazienti di sviluppare un senso più stabile e realistico di sé e degli altri; relazionarsi agli altri in un modo più sano, attraverso il transfert nei confronti del terapeuta.

Lo studio in esame è durato un anno e ha valutato il trattamento su un gruppo di pazienti con diagnosi di DBP, usando ogni paziente come controllo per se stesso.

Dopo l'anno di trattamento, si è andati a confrontare i sintomi rispetto a quelli dello scorso anno e si è riscontrato che questi erano significativamente diminuiti e al tempo stesso anche la percentuale dei comportamenti suicidari si era abbassata. Si è osservato anche un miglioramento delle condizioni fisiche generali, mentre per quanto riguarda i comportamenti autolesivi non si è avuto una diminuzione.

I ricoveri, sono diminuiti sia in numero che per quanto riguarda la loro durata (da 39,21 giorni a 4,5).

Il risultato che ha portato maggior positività è il 52,9%, ovvero la percentuale di coloro che dopo un anno di trattamento non soddisfacevano più i criteri del DSM-IV per il BPD.

Il passo successivo che si è fatto per la TFP è stato quello di compararla con altre terapie, ovvero con la DBT e una terapia psicodinamica supportiva.

Lo studio era rivolto a 90 soggetti, prevalentemente di sesso femminile e con un'età media di 31 anni.

In tutte e tre le terapie si è visto un reale cambiamento nei domini di ansia, depressione e nel funzionamento globale. Per l'area che riguarda il comportamento suicidario, la TFP e la DBT hanno avuto un maggior risultato, dato che prevedono interventi specifici per prevenirlo o ridurlo. La questione su cui si basa principalmente lo studio è quella di capire come la TFP porti a modifiche nelle varie aree della psicopatologia borderline, rispetto alle altre terapie. A questo scopo è stata usata una misura della funzione riflessiva (RF), un'intervista semi strutturata ideata da George Kaplan e Main, derivata dall'Adult Attachment Interview (AAI). Dal responso di questa intervista si è visto che su un campione di 90 pazienti, dopo un anno, solamente quelli che erano stati sottoposti a TFP avevano avuto un incremento di RF, a differenza dei gruppi trattati con DBT e SP. Da ciò se ne deduce che la TFP conduce a cambiamenti significativi nel funzionamento dei pazienti, aumentando le loro capacità di riflessione su se stessi, sui sentimenti che provano, desideri ed emozioni, nonché sulle persone significative della loro vita.

### →DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY

L'efficacia di questa metodologia ha ricevuto un considerevole supporto prevalentemente grazie a studi randomizzati controllati.

Il primo RCT condotto sull'efficacia di questa metodologia è stato effettuato da Linehan et al. su un campione di 44 pazienti borderline, con una storia di comportamenti para suicidari, sottoposti a DBT o a TAU. I pazienti sono stati valutati dopo 4, 8, 12 mesi dall'inizio del trattamento. I risultati della ricerca hanno dimostrato che a ogni valutazione il gruppo DBT presentava una maggior diminuzione del comportamento para suicidario e una minor frequenza e durata delle ospedalizzazioni, rispetto al gruppo di controllo.

Nel gruppo DBT c'è stato un tasso di drop-out notevolmente inferiore, infatti l'83% dei pazienti ha portato a termine il percorso a differenza del solo 42% nel gruppo di controllo.

Koons et al. ha effettuato un RCT analogo su 20 donne con BPD, il 40% delle quali con anamnesi positiva per comportamento para suicidario

Dopo i 6 mesi la DBT è risultata superiore alla TAU nel ridurre i sintomi di rabbia, depressione, ideazione suicidaria e di agiti autolesivi. Per quanto riguarda la sintomatologia ansiosa, questa non presentava miglioramenti con nessuno dei due trattamenti in esame.

Nell'anno 1994, viene fatta una comparazione tra DBT e TAU a livello dell'area interpersonale su un campione di 26 donne con BPD. I risultati che sono stati ottenuti dimostravano che i soggetti del gruppo DBT, che avevano portato a termine il trattamento, mostravano ridotti livelli di rabbia

e un miglior punteggio alla GAF (Global Assessment of Functioning) rispetto al gruppo trattato con TAU.

Questo risultato va a dimostrare l'efficacia della DBT come trattamento psicosociale volto a migliorare il funzionamento sociale dei pazienti con DBP.

La DBT è stata applicata anche a 28 donne con DBP in comorbilità con abuso di sostanze (Linehan et al.). I soggetti in esame sono stati controllati a 4, 8 e 12 mesi di trattamento e a un follow-up dopo 16 mesi. Il gruppo trattato con DBP aveva ridotto maggiormente l'uso di droghe (rilevato con utilizzo di interviste strutturate e con l'analisi di campioni di urine) rispetto al gruppo TAU, inoltre presentava miglioramenti evidenti nel funzionamento globale e sociale.

(Stepp et al.) Un ultimo caso che voglio portare per definire meglio i risultati ottenuti dall'utilizzo della DBT è quello di 27 pazienti; ogni settimana questi pazienti compilavano delle schede di diario sulle abilità usate e all'inizio di ogni modulo di abilità dovevano completare un PAI-BOR. Il PAI-BOR (Personality Assessment Inventory – Borderline features scale) ha trovato un miglioramento nel punteggio totale e in numerose sotto scale.

I risultati hanno messo in luce anche che, l'uso delle abilità in coloro che venivano trattati con DBT cresceva nel tempo e aumentavano le abilità individuali relative alla mindfulness, all'efficacia interpersonale, alla regolazione delle emozioni e alla tolleranza allo stress.

Da ciò se ne deduce che con questo programma DBT i pazienti che ne fanno parte riescono a rimpiazzare i comportamenti mal adattivi con i nuovi comportamenti appresi.

Nel complesso la DBT si è dimostrata efficace per ridurre i comportamenti ad alto rischio e autolesivi nei pazienti borderline.

Il trattamento offerto da questa tipologia di trattamento si è rivelato utile anche con quei pazienti in comorbilità con abuso di sostanza.

L'unico limite che è stato riscontrato è che non c'è stato nessuno effetto significativo sui sintomi depressivi o sul livello di soddisfazione generale del paziente.

### **→SCHEMA FOCUSED THERAPY**

È una terapia che unisce la terapia cognitivo-comportamentale, la teoria dell'attaccamento, i concetti psicodinamici e le terapie focalizzate sulle emozioni. Lo scopo è di identificare e poi modificare dei modi di pensare malsani. Si focalizza su schemi disadattivi che perdurano per tutta la vita del paziente, ovvero pensare, sentire, comportarsi e coping e sulle tecniche di cambiamento affettivo e sulla relazione terapeutica con limitato re-parenting.



Il reparenting limitato fa sì che si venga a creare un legame sicuro tra paziente e terapeuta, per aiutare il paziente a provare ciò che ha perso durante l'infanzia e che lo ha portato ad avere dei comportamenti disadattivi.

La schema focused therapy si articola in tre fasi:

1. Identificazione degli schemi
2. Riconoscere gli schemi quando operano nella vita quotidiana
3. Sostituire i comportamenti, pensieri e sentimenti negativi con quelli sani

Nel 2009 Farrel et al. han condotto un RCT su 32 pazienti affette da disturbo borderline di personalità, confrontando la SFT con il TAU. Da questo programma ne è emerso che il gruppo SFT alla fine delle 30 sedute, con cadenza settimanale ha avuto una riduzione nettamente superiore rispetto a TAU dei sintomi.

Il 94% dei soggetti in programma non soddisfaceva più i criteri diagnostici per il BPD secondo il DSM-IV; mentre nel 92% dei soggetti sottoposti a TAU era ancora possibile fare diagnosi.

Da ciò ne evince il fatto che la SFT risulta più efficace per un miglioramento della qualità di vita e al tempo stesso del livello psicopatologico generale.

Da questi quattro differenti modelli traiamo delle conclusioni; tutti possono essere considerati efficaci nel trattamento del DBP, o per lo meno per alcuni aspetti di esso. I benefici maggiori si ottengono nell'area dei comportamenti autolesivi, suicidari e para suicidari, proprio perché questi agiti, rappresentano il principale motivo di ricovero per il paziente borderline e uno degli indicatori più importanti del deterioramento clinico e sociale del paziente.

Per quanto riguarda l'area della mentalizzazione solo la TFP è stata in grado di aumentare il livello di funzione riflessiva nei pazienti con DBP.

La TFP è anche il trattamento con maggior efficacia nel ridurre la rabbia e l'impulsività legate al disturbo.

### 3.2 TRATTAMENTI MEDICI

Titolo	<b>The use of buprenorphine/naloxone to treat borderline personality disorder: a case report</b>
Autore	Brenna Hansen, Katelyn M. Inch & Brenna A. Kaschor
Anno	2022
Campione	Paziente femmina di 26 anni
Descrizione	Utilizzo combinato di Buprenorfina e Naloxone

Il caso in esame riguarda una ragazza di 26 anni con diagnosi di disturbo di personalità borderline, con ricorrenti visite al pronto soccorso per autolesionismo e tentato suicidio da circa 12 anni.

La paziente viene supportata dal punto di vista sociale, non lavora, vive da sola in un appartamento con il suo cane e non ha interazione con i suoi familiari.

I ricoveri ospedalieri sono stati monitorati nei 15 mesi prime e dopo l'utilizzo combinato di BUP/N.

Fin da subito con l'utilizzo dell'associazione dei due farmaci, si è notata una diminuzione evidente sia della lunghezza che delle frequenze dei ricoveri in struttura.

Nel marzo 2020 la terapia iniziale prescritta era di 2 mg, è stata poi aumentata a 4 mg in aprile, fino ad arrivare a 6 mg in ottobre.

Durante il programma la paziente per un periodo ha interrotto il farmaco, ed è stato necessario ricorrere ad un ricovero in ospedale, perché presentava pensieri suicidi e disregolazione emotiva, che è andata a risolversi quando ha riiniziato nuovamente ad assumere la terapia.

Sia prima che durante l'assunzione dei nuovi farmaci, la paziente era impegnata in differenti forme di terapia, come la terapia del comportamento dialettico e la terapia comportamentale cognitiva.

I dati a supporto dei risultati ottenuti non sono disponibili al pubblico, a causa di informazioni che potrebbero compromettere la privacy del soggetto partecipante alla ricerca.

**SINTESI DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE E DELLE LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO BORDERLINE E ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ** – Nicolò Giuseppe, Azzara Carla, Cantelmi Veronica, Contrada Claudio, Mozzetta Giorgio; Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 5, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva Roma, Scuola Italiana Cognitivismo clinico, Centro di Riabilitazione “Casa San Giuseppe” - Opera Don Guanella

La terapia farmacologica, che riporta le linee guida APA (American Psychiatric Association), viene definita in base ai sintomi mostrati dai pazienti BPD, che spesso ricadono all'interno di tre dimensioni comportamentali:

*-disregolazione emotiva*

*-discontrollo comportamentale e impulsività*

*-difficoltà cognitive e percettive*

Per quanto riguarda il trattamento della disregolazione emotiva, questa dovrebbe essere inizialmente trattata, secondo queste linee guida con inibitori selettivi della ricaptazione della Serotonina (SSRI) o in associazione con benzodiazepine, inibitori delle monoamino-ossidasi (MAOI) e stabilizzatori dell'umore (litio, valproato, carbamazepina).

Anche per il trattamento del discontrollo degli impulsi è consigliato l'uso di SSRI, se necessario in associazione a neurolettici a basso dosaggio, stabilizzatori dell'umore e MAOI.

Per il trattamento dei sintomi cognitivo-percettivi, come sospettosità, pensieri di riferimento, ideazione paranoide, allucinazioni, derealizzazione e depersonalizzazione, si consiglia l'uso di neurolettici a basso dosaggio, che sembrano avere un effetto anche sul tono dell'umore, l'impulsività e l'ostilità/aggressività.

**ACIDI GRASSI OMEGA-3 ASSOCIATI AL VALPROATO**

Titolo	<b>Acidi grassi omega-3 associati al Valproato <sup>1</sup>nel trattamento del disturbo borderline di personalità: uno studio controllato</b>
Autore	Bellino Silvio, Bozzatello Paola, Brunetti Chiara, Bogetto Filippo
Anno	2013
Campione	43 pazienti

<sup>1</sup> L'Acido Valproico è un farmaco anticonvulsivante il cui sale sodico e i derivati ammidici trovano impiego nel trattare le diverse forme di epilessia. Viene impiegato anche per il trattamento di alcuni disturbi dell'umore (disturbi maniacali, disturbo bipolare).

Descrizione	Si mettono a confronto acidi grassi omega-3 e Valproato con una monoterapia di solo Valproato
-------------	---

I pazienti in questo studio sono stati assegnati con criterio random a due tipi di trattamento; un gruppo è stato trattato con Valproato, mentre l'altro con EPA, DHA in combinazione con Valproato.

La durata della terapia è stata di 12 settimane. I pazienti sono stati valutati inizialmente a 4 e poi a 12 settimane con alcune scale:

la Clinical Global Impression Scale, Severity item (CGI-S), le Scale di Hamilton per Depressione e Ansia (HAM-D, HAM-A), la Social Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS), il BPD Severity Index (BPDSI) per la gravità dei sintomi correlati al DBP, la Barratt Impulsiveness Scale versione 11 (BIS-11), la Modified Overt Aggression Scale (MOAS) e la Self Harm Inventory (SHI) per le condotte autolesive.

Nonostante i pazienti fossero 43, solo 34 hanno portato a termine lo studio.

Le conclusioni tratte dallo studio sono che la monoterapia con Valproato e l'associazione di Valproato con acidi grassi omega-3 sono entrambi opzioni terapeutiche valide per trattare il DBP; hanno un'efficacia sovrapponibile sulla sintomatologia globale, sui sintomi d'ansia e sul funzionamento socio-relazionale.

La terapia combinata, risulta più efficace di quella con solo Valproato per ridurre la sintomatologia caratteristica tipica del DBP, come l'impulsività, gli accessi di rabbia e le condotte autolesive.

Per quanto riguarda la terapia combinata, si sono registrati in 2 pazienti degli effetti collaterali, di lieve entità (dispepsia).

La differenza di efficacia sui sintomi depressivi e sull'instabilità affettiva non raggiunge la significatività dopo 12 settimane, ma tende a incrementare nel tempo.

### **LAMOTRIGINE FOR PEOPLE WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A**

**RCT** - Mike J Crawford, Rahil Sanatinia, Barbara Barrett, Gillian Cunningham, Oliver Dale, Poushali Ganguli, Geoff Lawrence-Smith, Verity C Leeson, Fenella Lemonsky, Georgia Lykomitrou-Matthews, Alan Montgomery, Richard Morriss, Jasna Munjiza, Carol Paton, Iwona Skorodzien, Vineet Singh, Wei Tan, Peter Tyrer, Joseph G Reilly

Health Technol Assess 2018 Apr;22(17):1-68

I partecipanti allo studio sono stati scelti secondo delle caratteristiche specifiche; avere almeno 18 anni, che soddisfino i criteri DBP e che fornissero il consenso informato scritto. Non sono state incluse persone con psicosi coesistenti o disturbo bipolare, soggetti che assumevano già uno stabilizzatore dell'umore, coloro che non parlavano in modo adeguato l'inglese e le donne in gravidanza o che avrebbero voluto esserlo.

Lo scopo dello studio era quello di prescrivere 200 mg di Lamotrigina al giorno, a un tot di pazienti, mentre ad altri veniva somministrato un farmaco placebo.

Per le donne che assumevano già contraccettivi orali viene prescritta una dose di 400 mg di Lamotrigina al giorno.

I risultati sono stati condotti tra luglio 2013 e ottobre 2015; son stati randomizzati 276 partecipanti, che sono stati seguiti a 12, 24 e 52 settimane.

Solo 195 di questi soggetti hanno avuto un follow-up fino a 52 settimane dopo la fine del percorso. Dopo le 52 settimane i risultati ottenuti dai due differenti gruppi che prendevano Lamotrigina e placebo erano pressoché simili. Nel primo caso avevamo un punteggio medio totale ZAN-BPD<sup>2</sup> di 11,3, nel secondo caso era di 11,5.

ZAN-BPD è la Scala di Rating Zanarini per Borderline Personality Disorder.

Dai risultati secondari che abbiamo ottenuto possiamo ben vedere che l'utilizzo di Lamotrigina confrontato con un farmaco placebo non sono stati significativi, quindi l'aggiunta del farmaco alla cura usuale dei pazienti affetti da BPD non è stata clinicamente efficace.

## **ATYPICAL ANTIPSYCHOTIC DRUGS IN THE DRUG TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW** - Giuliana

Mircoli, Sara Bascioni, Chiara Lucarelli, Cesario Bellantuono

Questo studio è stato fondato sulla ricerca in letteratura di studi pubblicati tra il 1 gennaio 1980 e il 30 aprile 2009, su differenti banche dati (PubMed, Embase, PsycLIT, Cochrane Library). Son stati inclusi nell'analisi solo gli studi clinici randomizzati controllati.

Gli RCT selezionati sono stati 9 e avevano un disegno sperimentale che prevedeva:

---

<sup>2</sup> La Zanarini Rating scale for BPD (2003), è una scala che permette di evidenziare se un'area del DBP è compromessa; consente di quantificare la compromissione per ogni area; consente di quantificare la gravità del disturbo. Il punteggio va da 0 a 36 su 9 criteri: rabbia cronica/frequenti attacchi di rabbia, instabilità affettiva, vuoto cronico, paranoia/dissociazione legato allo stress, grave disturbo d'identità, sforzi per evitare l'abbandono, comportamenti autodistruttivi, impulsività di diverso tipo, relazioni difficili.

-il confronto tra pazienti trattati con AAP (olanzapina, OLZ, clozapina, aripiprazolo, ARP, amisulpride, risperidone, quetiapina) e un gruppo trattato con placebo e/o con un farmaco di confronto

-la randomizzazione dei trattamenti

-condizioni di doppia cecità

L'antipsicotico più studiato è stato l'olanzapina che si è dimostrata efficace nel trattare e modulare ansia, rabbia, impulsività e paranoia, con miglioramento al tempo stesso dei rapporti interpersonali.

L'aripiprazolo si è dimostrato efficace nel ridurre rabbia, ansia, aggressività e ideazione paranoidea.

Lo ziprasidone, invece non ha ottenuto risultati significativi rispetto all'utilizzo di placebo.

Per quanto riguarda l'utilizzo di quetiapina, risperidone e clozapina, la loro efficacia è al momento in fase di documentazione solo da studi in aperto.

Concludendo, riscontriamo che gli AAP sono sempre più utilizzati nel disturbo di personalità borderline, anche se sono necessari ulteriori RCT per confermare la loro efficacia e la loro tollerabilità a lungo termine.

## **NUOVI ANTIPSICOTICI E TERAPIA DIMENSIONALE DEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ** - Bellino Silvio, Bozzatello Paola

CINECA IRIS Institutional Research Information System UNITO

Dal 2006 il gruppo di ricerca IRIS TORINO, ha condotto degli studi clinici in aperto, per valutare l'efficacia di alcuni antipsicotici di seconda generazione (quetiapina, aripiprazolo e paliperidone), nel trattamento del DBP.

Dagli studi è emerso che la quetiapina è efficace sui sintomi ansiosi, sull'impulsività e sugli accessi di rabbia; l'aripiprazolo e il paliperidone sono risultati utili nel ridurre l'impulsività e i sintomi cognitivo-percettivi.

Recentemente è stato condotto uno studio randomizzato-controllato per confrontare l'efficacia e la tollerabilità dell'asenapina che è un antipsicotico da poco introdotto in commercio, rispetto all'olanzapina (molto studiata per il DBP).

In riferimento all'ultimo studio, un gruppo di pazienti con diagnosi di DBP è stato assegnato a due tipi di trattamento per 12 settimane: asenapina 5 mg b.i.d. versus olanzapina 10 mg/die.

I risultati mostrano che entrambi i farmaci risultano efficaci sui sintomi specifici del DBP, sull'impulsività, sulle condotte autolesive, sui sintomi d'ansia, sulla gravità globale dei sintomi e

sul funzionamento socio-lavorativo, mentre non si rileva un miglioramento significativo dei sintomi depressivi e dell'aggressività.

Confrontando i due farmaci notiamo che ci sono delle limitate differenze di efficacia che riguardano particolari sintomi del DBP: l'asenapina è più efficace sull'instabilità affettiva, l'olanzapina sui sintomi cognitivo-percettivi.

## **PHARMACOLOGICAL TREATMENTS FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**

Questo articolo riporta i risultati di 21 studi randomizzati controllati (RCT) con i dati su 1768 pazienti; la durata dello studio variava da 8 a 52 settimane. Dallo studio sono stati esclusi i soggetti con comorbidità psichiatriche come la schizofrenia, la depressione, l'abuso di alcool o sostanze e il disturbo bipolare.

Il fulcro dell'articolo definisce che le farmacoterapie per il trattamento del disturbo borderline di personalità sono limitate.

Gli antipsicotici di seconda generazione, gli anticonvulsivanti e gli antidepressivi non sono stati in grado, dai risultati che si sono ottenuti, di ridurre la gravità del disturbo psichiatrico.

Gli anticonvulsivanti, da prove a bassa certezza, possono migliorare i sintomi specifici associati alla DBP, come rabbia, aggressività e labilità affettiva, anche se l'evidenza è per lo più limitata a singoli studi.

Per quanto riguarda gli antipsicotici di seconda generazione, questi hanno avuto scarso effetto sulla gravità dei sintomi specifici della DBP, ma hanno migliorato i sintomi psichiatrici generali dei pazienti con disturbo borderline.

Nonostante sia comune l'utilizzo di farmacoterapie per trattare il disturbo, queste da sole non sono supportate da prove per ridurre la gravità del disturbo borderline.

## **OLANZAPINE VERSUS PLACEBO IN THE TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

Titolo	<b>Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder</b>
Autore	Michael P Bogenschutz, H George Nurnberg
Anno	2004
Campione	40 pazienti

Descrizione	Viene messo a confronto l'utilizzo dell'Olanzapina e di un farmaco placebo su pazienti di disturbo di personalità borderline
-------------	--

In questo studio, in cui viene confrontato un farmaco placebo con l'utilizzo dell'Olanzapina, vengono fatte partecipare 40 pazienti con diagnosi di DBP (25 femmine, 15 maschi); la durata dello studio va dal luglio 2000 ad aprile 2002.

I criteri di esclusione per la partecipazione sono: schizofrenia, disturbo bipolare e depressione maggiore.

Il programma prevede la somministrazione del farmaco in una quantità che va da 2,5 a 20 mg/die, con la maggior parte dei pazienti che assume un dosaggio dai 5 ai 10 mg/die.

I pazienti vengono valutati al tempo 0, a 2, 4, 8 e 12 settimane. Dai risultati che si sono ottenuti, Olanzapina è risultata significativamente più utile rispetto al placebo, per la gestione dei sintomi del disturbo borderline in un campione misto di donne e uomini.

#### **DIVALPROEX SODIUM TREATMENT OF WOMEN WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND BIPOLAR II DISORDER: A DOUBLE-BLIND PLACEBO-CONTROLLED PILOT STUDY**

Titolo	<b>Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study</b>
Autore	Frances R Frankenburg, Mary C Zanarini
Anno	2002
Campione	30 pazienti donne
Descrizione	Si confronta il farmaco Divalproex con un farmaco placebo

Lo studio in esame è uno studio condotto in doppio cieco tra sodio Divalproex e placebo. Il campione in esame sono 30 soggetti femminili di età compresa tra i 18 e i 40 anni, che dopo l'intervista diagnostica hanno soddisfatto i criteri per la diagnosi di DBP. Il trattamento è durato 6 mesi.

Dei partecipanti, 20 sono stati assegnati al sodio Divalproex e 10 al placebo. Dai primi risultati si è ottenuto che il sodio Divalproex è risultato superiore rispetto al placebo nella diminuzione della sensibilità interpersonale, della rabbia/ostilità e della depressione.



Di conseguenza, dai risultati che abbiamo ottenuto possiamo affermare che il sodio Divalproex può essere un farmaco sicuro ed efficace per trattare soggetti con disturbo borderline di personalità; e al tempo stesso anche soggetti con diagnosi di disturbo bipolare; perché è in grado di diminuire i comportamenti ostici, la rabbia e l'aggressività.

#### **TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY WITH RISPERIDONE**

Titolo	<b>Treatment of borderline personality with Risperidone</b>
Autore	Paola Rocca, Livio Marchiaro, Elena Cocuzza, Filippo Bogetto
Anno	2002
Campione	15 pazienti
Descrizione	Si valuta l'efficacia del trattamento con Risperidone su pazienti con disturbo borderline

In questo articolo si vede l'efficacia dell'utilizzo del Risperidone per il trattamento del disturbo borderline.

Il campione in esame è formato da 15 pazienti seguiti ambulatorialmente, con storie di comportamento aggressivo.

Solamente 13 pazienti hanno completato lo studio, i 2 pazienti hanno abbandonato per mancanza di conformità.

Questo programma per valutare l'efficacia dell'utilizzo del Risperidone si basa su quattro scale:

- Hamilton Rating Scale a 21 voci per la depressione
- Brief Psychiatric Rating Scale
- DSM-IV Global Assessment of Functioning
- Aggression Questionnaire

La posologia di Risperidone che è stato somministrato era di 3,27 mg/die.

Concludendo, possiamo affermare che il Risperidone somministrato inizialmente a dosi basse e via via portato a dosi moderate può migliorare la sintomatologia della DBP. Infatti si è ottenuto un miglioramento generale tra i pazienti e una riduzione dei sintomi depressivi, con conseguente aumento dell'energia e del funzionamento generale.

Nonostante ci siano stati esiti positivi, sono necessari ulteriori studi per esplorare l'efficacia di Risperidone, confrontato con il placebo o con ulteriori trattamenti potenziali per il DBP.

## **EFFICACY AND TOLERABILITY OF QUETIAPINE IN THE TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A PILOT STUDY**

Titolo	<b>Efficacy and tolerability of Quetiapine in the treatment of borderline personality disorder: A pilot study</b>
Autore	Silvio Bellino, Erika Paradiso, Filippo Bogetto
Anno	2006
Campione	14 pazienti
Descrizione	Si valuta l'efficacia e la tollerabilità della Quetiapina

Lo studio in esame ha come campione 14 pazienti trattati in ambulatorio, con diagnosi di disturbo borderline di personalità. Il trattamento ha una durata di 12 settimane con Quietapina, alla dose di 200-400 mg/die.

Le valutazioni dello stato di salute vengono fatte a tempo 0, a 4 e 12 settimane, tramite la Global Impressions Clinical (CGI), la scala di valutazione Hamilton per la depressione (HAM-D), la scala di valutazione Hamilton per l'ansia (HAM-A), la scala di valutazione del funzionamento sociale e occupazionale (SOFAS), l'indice di gravità del disturbo della personalità borderline (BPDSI) e la scala di impulsività Barrat versione 11 (BIS-11).

Dei 14 partecipanti, 11 hanno completato il progetto, mentre 3 hanno abbandonato per mancanza di conformità ed eccessiva sonnolenza (effetto avverso). Oltre alla sonnolenza, anche secchezza delle fauci e vertigini, rientrano tra gli effetti avversi del trattamento farmacologico.

Dall'analisi dei risultati, abbiamo ottenuto dei cambiamenti significativi su diverse scale sopra riportate, e ne deduciamo che il trattamento con Quietapina è ben tollerato, soprattutto quando i sintomi legati ad impulsività e aggressività sono prominenti.

Per poter verificare i risultati ottenuti e dare una risposta più certa sull'utilizzo della Quietapina, si dovrebbero eseguire degli studi controllati in doppio cieco.

## **CLOZAPINE FOR SELF-INJURIOUS BEHAVIOR IN INDIVIDUALS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

### *4 CASI IN ESAME*

**A.** La prima paziente è una donna di 27 anni con diagnosi di disturbo borderline di personalità con alle spalle diversi tentativi di suicidio, autolesionismo e ricoveri psichiatrici multipli e frequenti.

Il primo ricovero è avvenuto all'età di 16 anni, dopo l'ingestione massiva di pillole con conseguente overdose; e a 8 anni si è tagliata e bruciata le braccia per la prima volta.

Durante questo programma, la paziente ha riferito in modo costante la volontà di porre termine alla sua vita e si è anche resa partecipe di scontri fisici con altri pazienti, che hanno reso necessario il suo isolamento. Successivamente a questi episodi è stata trovata con un lenzuolo legato al collo come cappio, ma fortunatamente è stata trovata prima che fosse troppo tardi. Questo evento ha fatto sì che la paziente fosse controllata h24 da un operatore per 8 settimane. La terapia inizialmente impostata con farmaci antidepressivi e stabilizzanti dell'umore non aveva portato ai benefici sperati, così si è tentato di inserire nel piano terapeutico la Clozapina, con 150 mg/die. Dopo 3 settimane dall'inizio del trattamento si è notato un miglioramento significativo del tono dell'umore, una diminuzione dell'ansia e della frequenza e dell'intensità dei pensieri suicidi.

La paziente veniva ancora controllata in rapporto 1:1 con il personale infermieristico, ma dopo 4 settimane dall'assunzione della Clozapina è stato interrotto.

Dalla prima assunzione del nuovo farmaco la paziente ha avuto una sola ricaduta di autolesionismo, e dopo 7 settimane è stata dimessa e non ha necessitato più di ricoveri in struttura.

- B.** La seconda paziente è una donna di 41 anni con diagnosi di disturbo borderline di personalità, ricoverata dopo essersi tagliata il collo con un coltello in un tentativo di suicidio. Negli ultimi 20 anni la signora ha avuto circa 15 ricoveri ospedalieri in ambito psichiatrico, dati dai molteplici tentativi di suicidio ed episodi autolesionisti.

Si è inflitta dei tagli talmente profondi, che hanno richiesto un intervento chirurgico per essere suturati e si è procurata una overdose di farmaci.

Durante l'ultimo ricovero ha necessitato un controllo h24 con un operatore sanitario, per le sue condotte autolesive e di violenza verso i membri dell'equipe. Si è deciso conseguentemente a questi eventi di provvedere alla sua contenzione fisica.

Il suo piano terapeutico prevedeva farmaci antipsicotici, antidepressivi e ansiolitici, che però hanno dato solo una modesta risposta ai sintomi.

Si è deciso di iniziare un nuovo percorso farmacologico con la Clozapina; iniziata a 400 mg/die.

Dopo solo una settimana dal suo inizio, si è notato un calo del livello di aggressività e si agitazione della paziente. 2 settimane dopo, la paziente non veniva più controllata in modo

assiduo e dopo un mese di Clozapina si è deciso di dimetterla e non è più rientrata in una struttura ospedaliera da oltre un anno.

- C.** La terza paziente ha 32 anni, affetta da disturbo di personalità borderline e depressione e autolesionismo.

È stata ricoverata per la terza volta in un anno in un reparto psichiatrico perché ha tentato di togliersi la vita ingerendo delle pillole. A 25 anni ha tentato di togliersi la vita per la prima volta e da allora ha avuto circa un ricovero all'anno.

La sua storia farmacologica precedente vede farmaci antidepressivi, stabilizzanti dell'umore, ansiolitici e Quetiapina.

Data la sua storia di autolesionismo e volontà di togliersi la vita, è stato iniziato il suo trattamento con Clozapina a una dose di 200 mg/die.

Dopo aver iniziato ad assumere il farmaco, gli episodi di autolesionismo sono diminuiti in modo frequente, l'umore della paziente migliorò e non aveva più i pensieri suicidi.

Dopo 4 settimane dall'inizio del nuovo piano terapeutico, la paziente è stata dimessa e dopo 8 mesi non aveva ancora subito un ulteriore ricovero.

- D.** La quarta paziente ha 27 anni, ha una diagnosi di disturbo borderline di personalità e pensieri suicidi. Ha iniziato a tagliarsi all'età di 14 anni; in famiglia c'è stato un pregresso evento drammatico, dove il gemello, con diagnosi di disturbo borderline si suicidò.

Negli ultimi 3 mesi la paziente era già stata ricoverata 3 volte. Al momento dell'ultimo ricovero la paziente faceva presente di sentire il bisogno di farsi del male e si è deciso di iniziare la terapia con Clozapina, 200 mg/die.

La condizione generale della paziente dopo l'assunzione del nuovo farmaco era nettamente migliorata, ha avuto un solo evento di ricaduta dopo 3 settimane dall'inizio tagliandosi le vene, ma dopo non ci sono stati ulteriori episodi.

Lei stessa ha riferito di sentirsi meno in ansia e di avere l'umore migliorato rispetto a prima, non aveva più pensieri suicidi e non tentava più in tutti i modi di tagliarsi.

Dopo 5 settimane dall'inizio dell'assunzione di Clozapina, è stata dimessa e non è stata più ricoverata da quel momento.

## *CONCLUSIONI*

Dopo aver presentato e analizzato questi quattro casi, possiamo concludere che la Clozapina risulta essere un buon farmaco con effetti positivi per pazienti non psicotici e autolesionisti con DBP.

Ci sono dei punti fondamentali da mettere in risalto, il primo è che la diminuzione del comportamento autolesionista è molto evidente, e in alcuni casi testimoniato anche dai pazienti stessi. In secondo luogo l'effetto che il farmaco dà è visibile entro le prime due settimane di trattamento. Inoltre i pazienti stessi affermano di sentire un miglioramento dopo l'assunzione prolungata della Clozapina. Come ultimo punto, le procedure di contenimento/restrittive sono notevolmente ridotte e la supervisione 1:1, paziente:personale sanitario viene risparmiata.

## PARTE 2

### 3.1 BURDEN

Con il termine *burden del caregiver*, si intende una particolare risposta allo stress cronico che viene percepito dal o dai caregiver, dovuto alle loro azioni continue di cura nei confronti di familiari malati.

Il burden è una manifestazione psicofisica molto simile al burnout, con una sensazione crescente di stanchezza e di esaurimento emotivo, che può portare ad un calo delle difese immunitarie e allo sviluppo di sintomi psichici, come ad esempio ansia e depressione. Oltre a queste si possono aggiungere problematiche di vario genere, come ad esempio disturbi del sonno, disturbi gastrointestinali e un generale peggioramento della qualità di vita.

Il termine burden deriva dall'inglese e significa proprio “fardello”, “peso”, che il caregiver deve portare da solo, perché non sempre trova supporto in altri.

Con il termine *caregiver*, indichiamo la figura di riferimento di qualcuno che si trova in una situazione di necessità e di non completa autosufficienza. Solitamente il caregiver è una persona del nucleo familiare, che accudisce a titolo gratuito il malato. Molto spesso il caregiver assume questo ruolo in modo inatteso, improvviso o graduale a seconda dell'insorgere e dell'aggravarsi della malattia di una persona cara.

Detto questo, il caregiver non si può preparare né tecnicamente né psicologicamente a quello che gli spetta, e in mancanza di supporto da altre figure (sia familiari che non) si ritrova all'interno di una situazione alle volte molto difficile, per poter essere gestita da una sola persona.

Questo ruolo, assunto dal caregiver alle volte può venire vissuto in modo esagerato; si sente ipercoinvolto, sentendo di aver assunto una responsabilità che non può delegare ad altri, tanto da percepire come una propria colpa eventuali criticità o peggioramenti dello stato di salute del paziente.

Aldilà della presenza del caregiver di riferimento per il malato, attorno a questo ruotano anche gli altri componenti della famiglia, che molto spesso possono anch'essi venire investiti da situazioni stressanti.

Per quanto riguarda i familiari dei pazienti con disturbo borderline, possono essi stessi presentare delle alterazioni psichiche che vanno a influenzare l'esordio e il decorso della malattia del soggetto malato. Nonostante la situazione psicofisica del caregiver o dei familiari possa andare a peggiorare quella del malato, dobbiamo vedere la famiglia non più come “responsabile” dell'evento dannoso, ma come “alleato” nel percorso di cura.

Molti studi clinici hanno dimostrato, quanto il ruolo dei familiari sia determinante nell'out-come del DBP (Hoffman e Fruzzetti, 2007) e diverse linee guida ad oggi disponibili (APA 2001, 2005, NICE 2009) raccomandano il coinvolgimento della famiglia nel percorso terapeutico.

In particolar modo si è visto come determinati interventi rivolti ai familiari stessi siano determinanti per un miglioramento delle condizioni psicopatologiche del paziente e anche dei familiari stessi.

In letteratura, si sono individuate sostanzialmente due categorie di programmi familiari per il DBP: la psico-educazione familiare e l'educazione familiare. Nel primo modello, ci sono dei professionisti della salute mentale che conducono gli incontri e prevede il coinvolgimento dei familiari e in alcune fasi anche dei pazienti.

Nel secondo modello di intervento, sono i caregiver stessi a tenere degli interventi di tipo educativo dopo aver seguiti dei training opportuni.

### **3.2 INTERVENTI EXTRAOSPEDALIERI - DOMICILIARI**

#### **INTERVENTI DI PSICOEDUCAZIONE**

Gli interventi psicoeducativi rappresentano il trattamento rivolto alle famiglie di persone con patologie mentali. Questi programmi, proposti già negli anni '80, sono stati formulati nel tempo con modalità eterogenee; la loro durata può variare dai 9, fino ai 5 anni, il setting, il numero e la durata degli incontri varia a seconda di che programma si segue.

Inoltre si diversificano anche per aspetti informativi, clinici o riabilitativi.

Lo scopo principale però è lo stesso per tutti quanti, aiutare i caregiver ad acquisire conoscenze e strumenti per poter promuovere il benessere del paziente e al tempo stesso ridurre il carico emotivo e psicologico che deriva dalla cura del familiare malato h24.

Attualmente in letteratura si trovano differenti interventi manualizzati per i familiari dei pazienti affetti da DBP.

#### **➔ GRUPPO FAMILIARE MULTIPLO (1997)**

Questo modello, ideato e condotto da Gunderson, individua tre maggiori aree problematiche su cui focalizzare la terapia:

- ✓ difficoltà di comunicazione
- ✓ accessi di rabbia
- ✓ tendenze suicidarie

Il setting proposto è di tipo grupitale, ovvero dai 3 agli 8 nuclei familiari e son previsti incontri quindicinali, che durano un'ora e mezza, per una durata di 12-18 mesi.

Nella prima fase introduttiva, viene spiegata la diagnosi di disturbo di personalità borderline e le possibilità terapeutiche per la presa in carico del malato. Viene attribuito al paziente il ruolo di malato, convalidando al contempo il carico a cui è sottoposta la famiglia. Lo scopo principale di questa fase è di fornire informazioni, conoscenze e competenze per una migliore gestione del malato, sia durante il giorno sia durante i momenti di crisi.

La seconda fase è quella della scelta ed elaborazione del focus, durante la quale viene individuata l'area problematica tra quelle tradizionali del modello interpersonale, maggiormente significativa per la gestione del paziente borderline e si procede successivamente alla sua elaborazione. In questo momento vengono tracciate le reti dei rapporti significativi, ovvero quei rapporti tra familiari e paziente o familiari stessi, e se ne individuano e studiano le caratteristiche e le criticità. Vengono proposte ai familiari tecniche di problem-solving, per comunicare in casa in modo più efficace con i pazienti e per evitare gli acting-out<sup>3</sup>. In questa fase anche il paziente può partecipare agli incontri. Infine come ultimo step si procede alla conclusione dell'intervento e alla valutazione dei risultati ottenuti. Si deve prestare particolare attenzione al consolidamento dei risultati ottenuti, affrontando dei sentimenti negativi alla fine dell'intervento, rafforzando il senso di autonomia dei familiari e offrendo loro degli strumenti preventivi e alcuni per affrontare degli eventuali problemi futuri di gestione del paziente.

### ➔ **DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY – Family Skills**

Hoffman e colleghi nel 1999, hanno sviluppato questo trattamento che coinvolge i pazienti e i familiari, ed è caratterizzato da incontri settimanali per una durata di 6 mesi.

L'approccio si basa sul concetto, che il coinvolgimento emotivo dei caregiver ha un effetto positivo sull'out-come a lungo termine del disturbo.

Gli autori sostengono che sia indispensabile che l'emotività dei familiari venga espressa.

La prima parte del programma si focalizza sull'educare i componenti della famiglia in merito alle caratteristiche del disturbo e alle sue origini, per far sì che i familiari riescano a capire meglio le dinamiche comportamentali messe in atto dal paziente.

Il programma ha due obiettivi fondamentali: 1) migliorare le possibilità di successo nel trattamento del paziente con DBP, insegnando ai familiari delle strategie per rinforzare i comportamenti che il paziente apprende quando fa terapia individuale 2) migliorare il clima all'interno della famiglia.

---

<sup>3</sup> Forma di agito effettuata al di fuori delle sedute con gli esperti, che si manifesta attraverso forme impulsive e autodistruttive come ad esempio: danneggiarsi fisicamente, provocare aggressività nei confronti degli altri



La limitazione di questo programma è che non è stato ancora testato in studi scientifici e non dispone ad oggi di evidenze circa la sua efficacia sul funzionamento familiare e sul decorso clinico della psicopatologia.

➔ **FRUZZETTI e IVERSON (2006)**

Questo tipo di intervento familiare è molto simile a quello appena descritto, adotta anch'esso tecniche di tipo dialettico-comportamentale.

Questo modello ha la possibilità di scegliere, a seconda dei casi, se effettuare le sedute su una singola unità familiare o su più gruppi e se coinvolgere o meno il paziente nelle sedute.

La terapia si focalizza sul tentativo di favorire la validazione emotiva dei familiari nei confronti dei pazienti, promuovendone le capacità di espressione dei sentimenti, delle emozioni e dei pensieri.

Nonostante in letteratura ci siano questi programmi di intervento sui familiari di pazienti con DBP, questi hanno ancora una scarsa diffusione e le evidenze scientifiche sulla loro efficacia sono ancora limitate.

**INTERVENTI DI EDUCAZIONE FAMILIARE E ADVOCACY**

Data la scarsità di interventi psicoeducativi offerti dai servizi di salute mentale, c'è stata la necessità di creare dei programmi di educazione familiare, advocacy e gruppi di auto-mutuo aiuto per i soggetti affetti da patologia psichiatrica.

Tra le tante associazioni abbiamo, la statunitense National Alliance of Mental Illness (NAMI), che è la più grande associazione familiare degli Stati Uniti e si occupa di differenti attività, come ad esempio il supporto, sponsorizzare la ricerca e la creazione di programmi educativi in tutto il Paese.

Analogamente, in Italia abbiamo la European Federation of Families of People with Mental Illness (EUFAMI), che coordina 41 associazioni di famiglie con persone con disagio psichico.

Per il DBP, Hoffman et al. Nel 2005 ha messo a punto un intervento specifico auto-mutuo aiuto, chiamato Family Connections (FC) e contemporaneamente è stata costruita l'associazione National Education Alliance – Borderline Personality Disorder (NEA-BPD), al cui aggiornamento scientifico partecipano molti tra i maggiori esperti di DBP, per favorire confronto, supporto e al tempo stesso l'educazione ai familiari dei pazienti malati.

L'FC infatti, è un percorso educativo che viene condotto dai familiari dei pazienti borderline, dopo aver frequentato un training specifico. Il format prevede che ci siano 12 incontri, che possono essere individuali o gruppal, con l'obiettivo di dare ai partecipanti, informazioni sul

DBP e fornire loro competenze per una corretta gestione della patologia e successivamente del paziente stesso.

Inoltre, il programma ha lo scopo di far costruire a chi ne partecipa una rete di supporto tra i membri familiari, avendo così un impatto positivo sui loro sentimenti di sfiducia e impotenza.

Da alcuni studi che son stati condotti a seguito del diffondersi di questa nuova metodologia, si è evidenziato una riduzione del carico dei familiari dal punto di vista di stress e sintomi depressivi; al contrario sono aumentate le capacità di controllo e gestione delle situazioni critiche.

Questo nuovo metodo di approccio è una valida alternativa da destinare ai caregiver dei pazienti con DBP, in assenza di interventi di tipo psicoeducativo.

### **ASPETTI CRITICI INDIVIDUATI SUGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI**

Come abbiamo descritto sopra, i programmi psicoeducativi sono molto promettenti, anche se hanno ancora una scarsa diffusione. Il loro scarso utilizzo è dato dal fatto che questi presentano alcuni aspetti critici:

-I modelli psicoeducativi privilegiando la conoscenza e la teoria legata alla patologia del disturbo borderline, e lasciano in secondo piano le dinamiche complesse interpersonali che molto spesso caratterizzano i nuclei familiari coinvolti in questi programmi. Infatti si propongono degli interventi di tipo gruppale e quindi non disegnati ad hoc per determinate dinamiche familiari che, se molto conflittuali, potrebbero aver bisogno di interventi individuali più mirati.

Per questo motivo, oltre agli incontri di gruppo, sarebbe opportuno far sì che ogni nucleo familiare possa al tempo stesso seguire anche degli incontri di tipo individuale, destinati alle dinamiche problematiche specifiche.

-I clinici hanno scarsa fiducia rispetto al coinvolgimento nel trattamento dei familiari. Questo perché spesso i pazienti con patologia borderline, lamentano gravi difficoltà interpersonali con i familiari, di conseguenza la loro presenza all'interno di un programma educativo potrebbe essere svantaggioso, in quanto il familiare/caregiver viene riconosciuto come direttamente responsabile della sofferenza psicologica del paziente.

Dalle evidenze però, questa idea non viene supportata, anzi al contrario, si è visto come l'integrazione dei familiari all'interno dei progetti sia un punto a favore per il paziente stesso; porta a una riduzione di intensità emotiva di alcune dinamiche conflittuali e quindi i trigger potenziali di nuove ricadute.

-Gli studi sono stati effettuati su un campione piccolo e in centri specializzati per il trattamento del DBP, di conseguenza i risultati positivi che si son ottenuti potrebbero essere solamente giustificati dalla forte motivazione e specializzazione dei clinici che hanno condotto tali studi.

Per poter essere maggiormente sicuri che questi progetti siano totalmente funzionali bisognerebbe intraprendere ulteriori ricerche su campioni più ampi.

Oltre a questi modelli appena descritti, in letteratura ho trovato anche un'ulteriore metodologia rivolta ai familiari di pazienti con disturbo borderline, che punta sul quadro psicopatologico dei pazienti e sul carico di stress dei caregiver.

Questa metodologia viene chiamata **IPC Counselling Interpersonale** e recluta uno o due familiari, possibilmente conviventi con il paziente con diagnosi di DBP. I parenti che aderiscono al progetto effettuano un ciclo di IPC di 6-8 sedute con cadenza mensile che si articola in tre fasi. La *prima fase* riguarda un insegnamento teorico della patologia borderline, si discutono le “Linee Guida per i Familiari” mutate dal modello di Gunderson. In questo momento viene attribuito al paziente il “ruolo di malato”.

In *seconda fase* si sceglie ed elabora il focus durante la quale viene individuata l'area maggiormente problematica tra quelle del modello interpersonale (lutto, transizione di ruolo, conflitto, deficit interpersonale).

La *terza fase* riguarda il controllo e la valutazione degli obiettivi raggiunti. In questa fase, si pone molta attenzione a consolidare i risultati che si sono ottenuti, si affrontano sentimenti negativi, relativi alla fine del programma e si rafforza il senso di autonomia dei familiari e si fornisce loro degli strumenti preventivi per affrontare dei futuri problemi di gestione del paziente.

Durante questo intervento i parenti e il paziente stesso vengono valutati sia prima che dopo.

I parenti vengono valutati in differenti ambiti:

-valutazione psichica e non: **SCL-90R** *Self-Report Symptom Inventory-Revised*

-valutazione categoriale di personalità: **MCMI-III** *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*

-stimare il carico di stress del nucleo familiare: **CBI** *Caregiver Burden Inventory, Family Burden Interview Schedule, Perceived Stress Scale*

-valutazione dei sintomi ansiosi e depressivi: **HAM-A** *Hamilton Anxiety Scale*, **HAM-D** *Hamilton Depression Scale*

-per facilitare la formulazione dell'inventario delle relazioni interpersonali; **IIP-64** *Inventory of Interpersonal Problems*

-SVFSL *Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo*,

Per i pazienti invece si è ricorso, oltre che ad alcune di queste scale, a degli strumenti più specifici per la patologia borderline:

-valutazione del grado di emotività espresso: *The Level of Expressed Emotion Scale*

-valutazione dell'aggressività **MOAS** *Modified Overt Aggression Scale*

-valutazione dell'impulsività **BIS-II** *Barrat Impulsiveness Scale*

-stimare il peso delle condotte autolesive **SHI** *Self Harm Inventory*, **BPDSI-IV** *Borderline Personality Disorder Severity Index-IV*

Ad oggi l'intervento IPC per i familiari dei pazienti con disturbo borderline è in corso; ci aspettiamo che ci sia un netto miglioramento del carico di stress dei caregiver e dei familiari che vivono attorno al malato e al tempo stesso che ci sia un miglioramento nella condizione psicopatologica specifica del DBP.

## PARTE 3

### 3.1 RISULTATI FINALI

Tipologia di trattamento	Riferimento di letteratura
<p><b><i>Quali sono gli interventi maggiormente efficaci nell'assistenza infermieristica e medica nei confronti di un paziente ricoverato in fase acuta affetto da disturbo di personalità borderline?</i></b></p> <p>L'utilizzo di tecniche assistenziali alternative come l'arte terapia ha raggiunto dei buoni risultati nei confronti della gestione dei sintomi manifestati dai pazienti in fase acuta. Ciò lo si è evinto anche dalle testimonianze raccolte dai pazienti stessi.</p> <p>Oltre ad attività alternative assistenziali, sono stati programmati incontri basati su differenti psicoterapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Terapia Comportamentale Dialettica</li> <li>-Terapia basata sulla Mentalizzazione</li> <li>-Transference-Focused Therapy</li> <li>-Dialectical Behavior Therapy</li> <li>-Schema Focused Therapy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suzanne Haeyen, Farid Chakhssi, Susan Van Hooren. <i>Front Psychol.</i> 2020; 11: 686. Published online 2020 Apr 15. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00686 PMCID: PMC7174707 PMID: 32351431 <i>Benefits of Art Therapy in People Diagnosed With Personality Disorders: A Quantitative Survey</i></li> <li>• Mahlie Jewell, Rachel C Bailey, Renae L Curran &amp; Brin F.S. Grenyer <i>Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation</i> volume 9, Article number: 33 (2022) <i>Evaluation a skills-based peer lead art therapy online-group for people with emotional dysregulation</i></li> <li>• Kirsten Barnicot, Mike Crawford 2019 Sep;49(12):2060-2068. doi: 10.1017/S0033291718002878. Epub 2018 Oct 10 PMID: 30303061 DOI: 10.1017/S0033291718002878 <i>Dialectical behaviour therapy v. mentalisationbased therapy for borderline personality disorder</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• F. Madeddu, P. Aquaro, E. Preti Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca Journal of Psychopathology 2012;18:196-209 <i>Psychotherapy for borderline personality disorder: a review of literature on the efficacy of four manualized treatments</i></li> </ul>
<p><b><i>Quali sono i farmaci maggiormente utilizzati per una gestione in acuto del paziente con disturbo di personalità borderline?</i></b></p> <p>La letteratura riporta differenti articoli nei quali vengono somministrati farmaci, per curare e mantenere stabili i sintomi della patologia borderline, confrontandoli a un farmaco placebo.</p> <p>La letteratura riporta anche numerosi casi di pazienti trattati con farmaci antipsicotici atipici.</p> <p>Dai risultati ottenuti, da una revisione degli articoli raccolti, si evince che la terapia maggiormente utilizzata ed efficace per questa patologia sia l'utilizzo di antipsicoti atipici come Olanzapina o Risperidone.</p> <p>Validi esiti, sono attribuiti anche al Valproato di Sodio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brenna Hansen, Katelyn M. Inch &amp; Brenna A. Kaschor Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation volume 9, Article number: 9 (2022) Published: 15 March 2022 <i>The use of buprenorphine/naloxone to treat borderline personality disorder: a case report</i></li> <li>• Nicolò G., Azzara C., Cantelmi V., Contrada C., Mozzetta G.; Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma 5, Terzocentro di Psicoterapia Cognitiva Roma, Scuola Italiana Cognitivismo clinico, Centro di Riabilitazione “Casa San Giuseppe” - Opera Don Guanella. DOI: 10.36131/COGNCL20210103 2021 <i>Sintesi delle evidenze scientifiche e delle linee guida per il trattamento del disturbo borderline e antisociale di personalità</i></li> <li>• Bellino Silvia, Bozzatello Paola, Brunetti Chiara, Bogetto Filippo 2023-01-01 Journal of Psychopathology</li> </ul>

*Acidi grassi omega-3 associati al Valproato nel trattamento del disturbo borderline di personalità: uno studio controllato*

- Frances R Frankenburg, Mary C Zanarini  
Clinical Trial, J Clin Psychiatry 2002  
May;63(5):442-6.

doi: 10.4088/jcp.v63n0511.

PMID: 12019669

*Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar ii disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study*

- Mike J Crawford, Rahil Sanatinia, Barbara Barrett, Gillian Cunningham, Oliver Dale, Poushali Ganguli, Geoff Lawrence-Smith, Verity C Leeson, Fenella Lemonsky, Georgia Lykomitrou-Matthews, Alan Montgomery, Richard Morriss, Jasna Munjiza, Carol Paton, Iwona Skorodzien, Vineet Singh, Wei Tan, Peter Tyrer, Joseph G Reilly

Health Technol Assess 2018 Apr;22(17):1-68.

doi: 10.3310/hta22170

PMID: 29651981

PMCID: PMC5925438

*Lamotrigine for people with borderline personality disorder: a RCT*

- Giuliana Mircoli, Sara Bascioni, Chiara Lucarelli, Cesario Bellantuono

Volume 29, Issue 2, June 2010, Pages 51-58

<https://doi.org/10.1016/j.quip.2009.11.005>

	<p><i>Atypical antipsychotic drugs in the drug treatment of borderline personality disorder: a systematic review</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bellino Silvio, Bozzatello Paola 2014-01-01 CINECA IRIS Institutional Research Information System UNITO Evento: XVIII Congresso Nazionale della Società Italia di Neuropsicofarmacologia - Torino <a href="http://www.sinpf.it/page.php?id=25&amp;lnkid=12">http://www.sinpf.it/page.php?id=25&amp;lnkid=12</a> <i>Nuovi antipsicotici e terapia dimensionale del disturbo borderline di personalità</i></li>   <li>• Gartlehner G., Crotty K., Kennaedy S., Edlund M. J., Ali R., Siddiqui M., Fortman R., Wines R., Persad E., Viswanathan M. <i>Pharmacological treatments for borderline personality disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis</i> 2021;35(10):1053-1067. doi: 10.1007/s40263-021-00855-4. Epub 2021 Sep 8 PMID: 34495494 PMCID: PMC8478737 DOI: 10.1007/s40263-021-00855-4</li>   <li>• Michael P Bogenschutz, H George Nurnberg Clinical Trial J Clin Psychiatry 2004 Jan;65(1):104-9. doi: 10.4088/jcp.v65n0118 PMID: 14744178 <i>Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder</i></li> </ul>
--	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paola Rocca, Livio Marechiaro, Elena Cocuzza, Filippo Bogetto Clinical Trial J Clin Psychiatry 2002 Mar;63(3):241-4. doi: 10.4088/jcp.v63n031 PMID: 11926724 <i>Treatment of borderline personality with risperidone</i></li>   <li>• Silvio Bellino, Erika Paradiso, Filippo Bogetto Clinical Trial J Clin Psychiatry 2006 Jul;67(7):1042-6. doi: 10.4088/jcp.v67n0705 PMID: 16889446 <i>Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study</i></li>   <li>• Theodore Zarzar, Joseph McEvoy Ther Adv Psychopharmacol. 2013 Oct; 3(5): 272–274. doi: 10.1177/2045125313484323 PMCID: PMC3805385 PMID: 24167702 <i>Clozapine for self-injurious behavior in individuals with borderline personality disorder</i></li> </ul>
<p><b><i>Quali sono gli interventi rivolti ai familiari/caregiver di pazienti di disturbo di personalità borderline?</i></b></p> <p>I programmi rivolti ai familiari/caregiver dei pazienti borderline hanno l'obiettivo di</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Francesca Martino, Loredana Lia, Biancamaria Bortolotti, Marco Menchetti, Marco Monari, Maria Elena Ridolfi, Michele Sanza, Anna Sasdelli, Domenico Berardi</li> </ul>

<p>portarli a saper gestire nel modo corretto a domicilio il paziente malato.</p> <p>Queste iniziative servono oltre che a far conoscere la malattia e come approcciarsi ad essa, aiutano i familiari a ridurre il carico emotivo e gestionale che hanno nel prendersi cura del paziente.</p>	<p>Settembre-Ottobre 2014, Vol. 49, N. 5  <i>Riv Psichiatr</i> 2014;49(5):199-206  doi 10.1708/1668.18258</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna</li> <li>-Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Bologna</li> <li>-Dipartimento di Salute Mentale, Area Vasta 1, Fano</li> <li>-Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Cesena</li> </ul> <p><i>Interventi di psicoeducazione - Interventi di educazione familiare e Advocay</i></p>
---	--

## **CAPITOLO 4. DISCUSSIONE**

### **4.1 ANALISI CRITICA**

Gli articoli che sono stati utilizzati per questa tesi, sono stati trovati presso le banche dati Pub Med, Google Scholar e alcune linee guida. La maggior parte di essi sono delle revisioni di letteratura o dei trial clinici.

Per quanto riguarda la zona geografica su cui son stati effettuati gli studi, non c'è una zona specifica, ma gli articoli derivano da più luoghi, sia Europei che Extra-Europei.

Il mio scopo era quello di trovare degli articoli, per poter capire meglio e definire quali siano gli interventi efficaci, da mettere in atto nei confronti dei pazienti con disturbo borderline, sia in fase acuta, durante il ricovero in SPDC, sia nel post-ricovero, ovvero a domicilio; inoltre volevo anche far luce sulla figura del caregiver, sul peso che porta ad occuparsi di familiari con questo tipo di patologia, e quali siano gli interventi a lui rivolti per una migliore gestione del paziente malato.

Per trovare la letteratura ho utilizzato diverse parole chiave, sopra riportate.

Per quanto riguarda gli interventi assistenziali non farmacologici, ho avuto più difficoltà, perché non venivano descritte le metodologie pratiche con cui venivano trattati i pazienti, ma solamente i risultati che si ottenevano da questi trattamenti, di conseguenza, ho deciso per alcuni, di non inserirli all'interno del mio lavoro.

Riguardo alla letteratura riferita agli interventi medici/farmacologici, ho trovato più articoli.

La maggior parte di questi è in comune accordo tra di loro e omogenei in ciò che dicono e nei risultati che riportano.

La seconda parte della mia tesi, che riguarda quegli interventi a lungo termine sia per i familiari che per i pazienti stessi, ho trovato per la maggiore, dei programmi rivolti essenzialmente ai caregiver/familiari.

In alcuni di questi, si opta anche per l'integrazione dei pazienti, per una maggior efficacia del programma e per ottenere maggior risultati.

Anche in questo contesto, di gestione a lungo termine della patologia psichiatrica, gli studi trovati sono in linea tra di loro.

Valutando però, gli interventi assistenziali che vengono effettuati durante il ricovero presso l'SPDC, si evince che, dati i loro risultati positivi, queste attività potrebbero essere effettuate anche a domicilio, per poter mantenere i risultati ottenuti anche al di fuori del contesto ospedaliero.

Ricordiamo che gli interventi di tipo assistenziale vengono sempre accompagnati da una terapia farmacologica definita dagli psichiatri.

Al tempo stesso, come è stato riferito in alcuni studi di letteratura, i piani terapeutici da soli non sono mai sufficienti, quindi risulta opportuno affiancare a questi delle attività terapeutiche assistenziali (arte terapia, musico terapia, psicoterapia svolta dai terapeuti).

## **4.2 DISCUSSIONI**

Il disturbo borderline è un disturbo che negli ultimi anni ha avuto un crescente numero di persone che ne sono affette. Coloro a cui viene diagnosticato, manifestano comportamenti disadattivi verso il mondo esterno, soffrono le relazioni, perché dentro di loro pensano ad un futuro abbandono da parte delle persone a loro vicine e hanno dei comportamenti esagerati verso se stessi, si procurano lesioni, hanno comportamenti sessuali promiscui e fanno uso di droghe.

Dagli studi che ho raccolto dalle differenti banche dati, posso trarre delle conclusioni sui metodi che si possono usare nei confronti di questi pazienti e su quali siano gli interventi prioritari da mettere in atto.

Per quanto riguarda la fase acuta, quando il paziente fa il suo ingresso all'interno dell'ambito ospedaliero, in SPDC, si gestisce la sua condizione impostando una terapia farmacologica con antipsicotici atipici, che si è visto essere quelli maggiormente efficaci per questo disturbo; "Mircoli et al., 2010", "Bellino et al., 2006".

Affianco al piano terapeutico, si associano interventi di tipo assistenziale, ovvero interventi finalizzati a far sì che il paziente riesca a interagire anche con gli altri soggetti ricoverati.

Dalla ricerca effettuata, ho trovato degli studi che confermano che l'arte terapia, sia uno dei metodi più efficaci per far esprimere al meglio il paziente e che al tempo stesso lo rendono più capace di affrontare i suoi limiti e determinate situazioni spiacevoli o difficili che gli si presentano davanti.

Questo lo posso affermare perché, dagli studi ci sono delle testimonianze dei pazienti stessi che hanno partecipato ai programmi che hanno affermato quanto descritto.

L'arte inoltre, sembra arrivare dove anche i medici non arrivano; aiuta i pazienti a esprimere ciò che hanno dentro quando a parole non riescono a farlo, o si vergognano per farlo presente durante gli incontri individuali; "Haeyen et al., 2020", "Jewell et al., 2022".

Ulteriormente all'arte terapia, abbiamo individualizzato anche diversi tipi di trattamenti che vengono effettuati durante il ricovero.

La Dialectical Behavior Therapy è quella maggiormente rappresentata; dagli studi che la riportano viene identificata come la tecnica più efficace per i pazienti borderline, soprattutto per quanto riguarda i comportamenti suicidari o autolesivi. La DBT, ha avuto esiti positivi anche sulla

disregolazione emotiva dei soggetti in esame ed ha inoltre migliorato in diversi programmi, il funzionamento sociale dei pazienti trattati.

Oltre alla DBT, anche la Transference-Focused Therapy è molto valida; in uno studio, più del 50% della popolazione in esame a fine ciclo, non soddisfaceva più i criteri per fare diagnosi di DBP. La TFP è molto valida, perché fa sì che i pazienti trattati aumentino le loro capacità riflessive sui sentimenti che provano, sui desideri e le emozioni, che sono il campo prioritario per il disturbo borderline.

Ricordiamo che, il lavoro principale, per gestire il paziente borderline viene fatto nel reparto psichiatrico, ma che successivamente, dopo la dimissione, i familiari avranno un ruolo importantissimo nella routine del paziente.

Molto spesso i familiari non si rendono conto di quanto sia difficile per il paziente, vivere con questa patologia e la sminuiscono, causando maggiori traumi nel soggetto.

Dalla letteratura emerge che è importante il ruolo del caregiver nella gestione domiciliare del familiare malato; per rendere ciò possibile devono conoscere la malattia, sapere quali sono i migliori metodi di approccio verso essa per saper gestire ogni eventuale cambio di umore.

Quindi è importante che i familiari inizino dei percorsi, ovvero dei programmi finalizzati a una corretta gestione del malato a domicilio. È importante che conoscano il piano terapeutico e che lo seguano in modo preciso, le attività da fare, e che rispettino gli incontri settimanali che vengono definiti dallo psichiatra per il paziente.

Come riportato dagli studi, in particolare da “Martino et al., 2014”, tutti i programmi che vengono presentati per le famiglie che hanno una persona con personalità borderline al suo interno, sono risultati efficaci sia per i soggetti in primis che per i familiari. Questo perché, oltre che essere invalidante per il soggetto, la malattia può causare anche dei problemi a tutti i componenti della famiglia, o addirittura causare gravi problematiche di salute verso il soggetto definito caregiver per il paziente malato.

Infatti, questi programmi aiutano le famiglie e i caregiver a sopportare il peso della malattia.

Per il trattamento di tipo farmacologico, si è visto che dalla revisione dei vari articoli trovati in letteratura, i farmaci maggiormente efficaci per la gestione a lungo termine della patologia borderline sono gli antipsicotici atipici, come Risperidone e Olanzapina.

L'Olanzapina dagli studi, si presenta efficace per il controllo della rabbia, dell'impulsività e tende a far migliorare i rapporti interpersonali dei soggetti borderline. Sintomi cognitivi percettivi

L'Aripiprazolo, che fa sempre parte degli antipsicotici atipici, quando viene prescritto va a lavorare e a ridurre i sentimenti di rabbia, l'ansia, gli atteggiamenti aggressivi e l'impulsività.

Il Sodio valproato, che viene comunemente utilizzato come farmaco antiepilettico, viene utilizzato anche come stabilizzatore dell'umore. Per i pazienti borderline, il suo uso è ottimo, va a contenere gli accessi di rabbia e i momenti depressivi, i comportamenti impulsivi e le condotte autolesive.

### **4.3 IMPLICAZIONI PRATICHE**

Il lavoro svolto ha portato alla luce diversi interventi e programmi da mettere in atto nei confronti dei pazienti con patologie borderline di personalità. Essendo le malattie psichiatriche negli ultimi anni sempre più diffuse, serve che, tutti coloro che si avvicinano a queste, siano formati nel modo corretto, per poter affrontare i differenti bisogni che i soggetti manifestano.

All'interno dei contesti ospedalieri, abbiamo i team di professionisti sanitari, medici psichiatri, psicologi e infermieri. Questi, cooperano assieme per la buona riuscita dei percorsi di cura dei pazienti che seguono.

Al di fuori degli SPDC, il percorso di guarigione e di mantenimento della salute acquisita, continua per i pazienti, nel CSM, il CTRP, le SRA e il centro diurno per la riabilitazione psichiatrica.

Tutti questi luoghi, sono essenziali per far sì che il paziente sia seguito nel modo migliore e possa continuare il suo percorso di cura nei differenti luoghi a seconda del momento in cui si trova rispetto alla patologia che si ha.

Spesso comunque, quando vengono dimessi i pazienti tornano presso il domicilio, dove ritorano a vivere con i familiari, che la maggior parte della volte non conosce la malattia e quali siano i comportamenti corretti da avere nei loro confronti.

All'interno del contesto ospedaliero, tutto ciò che riguarda i differenti interventi che si mettono in atto, finalizzati a un recupero in acuto dei malati, vengono seguiti per la maggior parte dagli infermieri di reparto.

Questi, organizzano diverse attività, come l'arte terapia che ho descritto all'inizio della tesi, o altre attività terapeutiche che possano aiutare i pazienti.

Gli psicologi invece, organizzano dei colloqui singoli con ogni soggetto, dove il paziente racconta ciò che lo turba o semplicemente racconta le sensazioni che ha e che sente. Da questi colloqui poi si creano tutti i piani personalizzati per ogni paziente. È importante ricordare che, anche se la patologia borderline è la stessa per più soggetti, nessuno di loro avrà una gestione uguale ad un altro, ma ogni piano sarà creato su misura del singolo.

Nel momento in cui spostiamo la nostra attenzione sulla gestione domiciliare dei pazienti, ci rendiamo conto che i familiari non hanno tutte le capacità di poter gestire in modo adeguato i malati.

Il compito dell'equipe è quello di educare i familiari alla convivenza con il soggetto malato e la sua patologia.

Il lavoro descrive programmi rivolti alle famiglie, che spesso includono anche la presenza del soggetto bisognoso; l'idea è quella di dare maggiore autonomia ai caregiver.

Da un'esperienza personale, ritengo che questa funzione possa essere esercitata dagli infermieri stessi, perché sono coloro che passano più tempo in assoluto durante il ricovero con i pazienti e conoscono, per quanto possibile, bene i soggetti e riescono a dare maggiori consigli o spunti su quali comportamenti e approcci siano ottimali per la gestione a domicilio.

Ricordiamo che comunque, c'è sempre l'obbligo di osservare e seguire le linee guida esistenti.

È importante che tutti gli operatori sanitari sappiano approcciarsi nel modo corretto ai pazienti psichiatrici, e non solo coloro che lavorano all'interno dei reparti di psichiatria, perché pazienti con queste problematiche possono venire ricoverati anche in altri reparti.

Da un'esperienza personale, dopo il periodo di tirocinio, ho visto proporre attività diverse da quelle proposte dalla letteratura, ma che hanno avuto comunque l'esito sperato nei confronti dei pazienti a cui erano rivolte.





## BIBLIOGRAFIA

1. Colombo G., *Elementi di psichiatria*, Padova, Clepu, 2008  
Suzanne Haeyen, Farid Chakhssi, Susan Van Hooren. *Front Psychol.* 2020; 11: 686.  
Published online 2020 Apr 15. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00686  
PMCID: PMC7174707 PMID: 32351431  
*Benefits of Art Therapy in People Diagnosed With Personality Disorders: A Quantitative Survey*
2. Mahlie Jewell, Rachel C Bailey, Renae L Curran & Brin F.S. Grenyer  
*Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* volume 9, Article number: 33 (2022)  
*Evaluation a skills-based peer lead art therapy online-group for people with emotional dysregulation*
3. Kirsten Barnicot, Mike Crawford 2019 Sep;49(12):2060-2068.  
doi: 10.1017/S0033291718002878. Epub 2018 Oct 10  
PMID: 30303061 DOI: 10.1017/S0033291718002878  
*Dialectical behaviour therapy v. mentalisationbased therapy for borderline personality disorder*
4. F. Madeddu, P. Aquaro, E. Preti Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca  
*Journal of Psychopathology* 2012;18:196-209  
*Psychotherapy for borderline personality disorder: a review of literature on the efficacy of four manualized treatments*
5. Brenna Hansen, Katelyn M. Inch & Brenna A. Kaschor  
*Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* volume 9, Article number: 9 (2022)  
Published: 15 March 2022  
*The use of buprenorphine/naloxone to treat borderline personality disorder: a case report*
6. Bellino Silvia, Bozzatello Paola, Brunetti Chiara, Bogetto Filippo  
20123-01-01 *Journal of Psychopathology*  
*Acidi grassi omega-3 associati al Valproato nel trattamento del disturbo borderline di personalità: uno studio controllato*
7. Frances R Frankenburg, Mary C Zanarini *Clinical Trial, J Clin Psychiatry* 2002 May;63(5):442-6.  
doi: 10.4088/jcp.v63n0511 PMID: 12019669  
*Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar ii disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study*
8. Mike J Crawford, Rahil Sanatinia, Barbara Barrett, Gillian Cunningham, Oliver Dale, Poushali Ganguli, Geoff Lawrence-Smith, Verity C Leeson, Fenella Lemonsky, Georgia Lykomitrou-Matthews, Alan Montgomery, Richard Morriss, Jasna Munjiza, Carol Paton, Iwona Skorodzien, Vineet Singh, Wei Tan, Peter Tyrer, Joseph G Reilly  
*Health Technol Assess* 2018 Apr;22(17):1-68.  
doi: 10.3310/hta22170 PMID: 29651981 PMCID: PMC5925438

*Lamotrigine for people with borderline personality disorder: a RCT*

9. Giuliana Mircoli, Sara Bascioni, Chiara Lucarelli, Cesario Bellantuono, Volume 29, Issue 2, June 2010, Pages 51-58  
<https://doi.org/10.1016/j.quip.2009.11.005>  
*Atypical antipsychotic drugs in the drug treatment of borderline personality disorder: a systematic review*
10. Bellino Silvio, Bozzatello Paola 2014-01-01, CINECA IRIS Institutional Research Information System UNITO  
Evento: XVIII Congresso Nazionale della Società Italia di Neuropsicofarmacologia -Torino  
<http://www.sinpf.it/page.php?id=25&lnkid=12>  
*Nuovi antipsicotici e terapia dimensionale del disturbo borderline di personalità*
11. Michael P Bogenschutz, H George Nurnberg, Clinical Trial J Clin Psychiatry 2004 Jan;65(1):104-9.  
doi: 10.4088/jcp.v65n0118  
PMID: 14744178  
*Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder*
12. Paola Rocca, Livio Marechiaro, Elena Cocuzza, Filippo Bogetto  
Clinical Trial J Clin Psychiatry 2002 Mar;63(3):241-4.  
doi: 10.4088/jcp.v63n031  
PMID: 11926724  
*Treatment of borderline personality with risperidone*
13. Silvio Bellino, Erika Paradiso, Filippo Bogetto  
Clinical Trial J Clin Psychiatry 2006 Jul;67(7):1042-6.  
doi: 10.4088/jcp.v67n0705  
PMID: 16889446  
*Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study*
14. Theodore Zarzar, Joseph McEvoy  
Ther Adv Psychopharmacol. 2013 Oct; 3(5): 272–274.  
doi: 10.1177/2045125313484323  
PMCID: PMC3805385  
PMID: 24167702  
*Clozapine for self-injurious behavior in individuals with borderline personality disorder*
15. <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1668/articoli/18258/> - Martino F., Lia L, Bortolotti B, Mencheti M, Monari M, Ridolfi M. E., Sanza M, Sasdelli A, Berardi D., *La famiglia del paziente con disturbo bordelrine di personalità: carico della malattia e interventi destinati ai caregiver*, Rivista di Psichiatria, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2014.  
  
Settembre-Ottobre 2014, Vol. 49, N. 5  
*Riv Psichiatr* 2014;49(5):199-206  
doi 10.1708/1668.18258  
-Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna  
-Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Bologna

-Dipartimento di Salute Mentale, Area Vasta 1, Fano  
-Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Cesena

16. <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/2342/articoli/25116/> - Gargano M. T., Serantoni G., Ceppi F., D'Alema M., Ferraris L., Innocenti P., Lanzi F., Narracci A., Russo F., Venier M., *Carico di cura in familiari di pazienti psichiatrici che partecipano a gruppi multifamiliari a orientamento psicodinamico: i risultati preliminari di uno studio empirico*, Rivista di Psichiatria, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2016
17. <https://old.jpsychopathol.it/article/fattori-ezio-patogenetici-del-disturbo-borderline-di-personalita/> - Manna V., Daniele M. T., Pinto M., *Fattori ezio-patogenetici del disturbo borderline di personalità*, Journal of Psychopathology, Pacini Editore SRL, Albano Laziale Roma Azienda USL RM/H
18. <https://istitutosantachiara.it/disturbo-borderline-di-personalita/> - Manti D., Istituto Santa Chiara S.r.l., Lecce, 2021
19. <https://www.psicoterapiapsicologia.it/articoli-psicologia-psicoterapia/il-disturbo-borderline-di-personalita> - Mulas B., *Il disturbo borderline di personalità*, Cagliari
20. <https://www.torinopsicologo.com/la-relazione-terapeutica/> Monti C., *La relazione terapeutica*, Torino/Savigliano, 2014
21. <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalita%20disturbo-borderline-di-personalita> – Zimmerman M., *Disturbo borderline di personalità*, Manuale MSD, Rahway NJ USA, revisione del 2021
22. [https://www-verywellmind-com.translate.google/schema-focused-therapy-425463?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=it&\\_x\\_tr\\_hl=it&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://www-verywellmind-com.translate.google/schema-focused-therapy-425463?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=it&_x_tr_hl=it&_x_tr_pto=sc) – Salters Pedneault K., *How Schema-Focused Therapy Works for BPD*, USA, ultima revisione 2020.



## SITOGRAFIA

1. <https://www.ospedemarialuigia.it/disturbi-di-personalita/disturbo-borderline-personalita-diagnosi-sintomi-cura/>
2. [https://it.wikipedia.org/wiki/Manuale\\_diagnostico\\_e\\_statistico\\_dei\\_disturbi\\_mentali](https://it.wikipedia.org/wiki/Manuale_diagnostico_e_statistico_dei_disturbi_mentali)
3. [https://it.wikipedia.org/wiki/Disturbo\\_borderline\\_di\\_personalit%C3%A0#Epidemiologia](https://it.wikipedia.org/wiki/Disturbo_borderline_di_personalit%C3%A0#Epidemiologia)
4. <https://www.ospedemarialuigia.it/psicologia-applicata/burden-del-caregiver/>
5. <https://www.intherapy.it/tecnica/terapia-dialettico-comportamentale/>
6. [https://it.wikipedia.org/wiki/Trattamento\\_basato\\_sulla\\_mentalizzazione](https://it.wikipedia.org/wiki/Trattamento_basato_sulla_mentalizzazione)
7. [https://it.wikipedia.org/wiki/Psicoterapia\\_focalizzata\\_sul\\_transfert](https://it.wikipedia.org/wiki/Psicoterapia_focalizzata_sul_transfert)
8. <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto>