



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

BREAKDOWN EVOLUTIVO IN DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ E ADDICTION: UN CASE REPORT

Relatore: Prof. Liziero Luciano

Correlatrice: Dott.ssa Barcaro Tiziana

Laureanda: Celadin Sofia

Matricola 1226678

Anno Accademico 2021/2022



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

BREAKDOWN EVOLUTIVO IN DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ E ADDICTION: UN CASE REPORT

Relatore: Prof. Liziero Luciano

Correlatrice: Dott.ssa Barcaro Tiziana

Laureanda: Celadin Sofia

Matricola 1226678

Anno Accademico 2021/2022

ABSTRACT

Background. Tra i più frequenti disturbi di personalità (DP) troviamo il disturbo borderline di personalità (BPD), con una frequenza del 1,4% sulla totalità della popolazione (APA, 2022) e con numeri in crescita fra i giovani (Rossi&Ridolfi, 2020). Il BPD si caratterizza per una forte instabilità emotiva, ipersensibilità, impulsività, auto ed etero aggressività (APA, 2022). Frequenti sono le comorbilità con disturbi d'ansia, dell'umore, del comportamento alimentare e da abuso di sostanze (addiction, APA, 2022), (Tomko et al. 2014). Traumi nel periodo dell'infanzia, tra cui abusi fisici, sessuali e separazione precoce dai genitori, giocano un ruolo fondamentale nell'insorgenza del disturbo, determinando ad un certo punto dello sviluppo un "breakdown evolutivo" (Laufer & Laufer, 1984).

Obiettivo. Lo scopo di questo lavoro è l'identificazione degli interventi utili nella gestione assistenziale del paziente con BPD e addiction, confrontando quanto effettuato con la paziente protagonista del case report con quanto espresso dalla letteratura scientifica a riguardo dell'argomento.

Materiali e Metodi. Per completare il lavoro ho analizzato il caso clinico di una paziente con BPD e addiction attraverso il confronto tra gli interventi attuati con quanto indicato dalla letteratura.

Risultati. Alcuni interventi attuati hanno prodotto esiti positivi; nonostante ciò si sono manifestate delle crisi legate alla dipendenza, aspetto che verrà trattato più adeguatamente in un contesto dedicato.

Conclusioni. La personalizzazione del percorso terapeutico rimane il punto di forza dell'assistenza al paziente con BPD, ma spesso è necessario ricalibrare gli obiettivi e riconsiderare ciò che è effettivamente applicabile alla pratica rispetto alle aspettative che possono instaurarsi.

Key Words: *Borderline Personality Disorder – Addiction - Nurse Intervention – Nursing Care - Therapeutic Relationship – Group Intervention – Family Intervention*

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1 – IL CASO CLINICO	7
1. Background	7
1.1 La personalità	7
1.2 I meccanismi di difesa e il breakdown evolutivo.....	8
1.3 I disturbi di personalità ed epidemiologia	10
1.3.1 Diagnosi e classificazione.....	12
1.3.2 Disturbo borderline di personalità (BPD).....	13
1.4 Abuso di sostanze o addiction e disturbo da uso di alcol	15
1.5 Il caso clinico.....	17
1.5.1 Problemi ed obiettivi assistenziali	19
1.5.2 Il percorso di A.A. in CTRP	24
CAPITOLO 2 – STRATEGIE/INTERVENTI	27
2. Assistenza infermieristica ad un paziente con BPD	27
2.1.1 Interventi specifici per il caso	32
2.1.2 Strutturazione degli obiettivi e collaborazione con il paziente	32
2.1.3 La multidisciplinarietà della presa in carico e l'integrazione fra i servizi.....	33
2.1.4 Il gruppo.....	34
2.1.5 La relazione terapeutica	37
2.1.6 Il coinvolgimento familiare.....	39
2.2 Interventi eseguiti in CTRP sulla paziente.....	40
2.3 Esiti ottenuti	42
CAPITOLO 3 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	45
3. Premessa sui dati raccolti	45
3.1 Corrispondenza tra letteratura scientifica e interventi attuati.....	46
3.2 La personalizzazione degli interventi	51
3.3 Difficoltà incontrate nel caso di A.A.....	53
3.4 Implicazioni per la pratica.....	54
3.5 Conclusioni	56

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE

In questo elaborato descrivo il caso clinico di una ragazza di 19 anni con Disturbo Borderline di Personalità (BPD) in comorbilità ad altre patologie, da me incontrata come assistita durante un periodo di tirocinio clinico all'interno di una Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP). La giovanissima età, la complessità della diagnosi e la storia personale dell'utente hanno contribuito nello spingermi ad intraprendere la stesura di questa tesi, anche nella personale ricerca di risposte efficaci nella cura di questa tipologia di paziente.

Da uno studio multicentrico condotto in Italia nel 2011 e promosso dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) su un campione di 162 ragazzi con un'età media di 15,5 anni a cui è stata posta diagnosi di disturbo di personalità, sembrerebbe che la categoria diagnostica maggiormente rappresentata sia prettamente quella borderline, che da sola rappresenta il 45% del campione esaminato.

Confrontando questi dati con l'esperienza degli operatori sanitari conosciuti in CTRP è emerso un graduale incremento di diagnosi di disturbo borderline fra gli adolescenti pazienti dei vari livelli di servizi psichiatrici, aumentando la richiesta di strutture dedicate e formazione continua per il personale che si trova a far fronte ad un numero sempre crescente di pazienti con uno specifico quadro psicopatologico.

La mission della CTRP è quella di accogliere pazienti che necessitano di un trattamento terapeutico continuativo con copertura assistenziale a tempo pieno e che, per vari motivi, non possono continuare la loro vita in famiglia. Le attività alle quali i pazienti partecipano permettono un recupero delle abilità personali e favoriscono il reintegro sociale oltre che un miglioramento di sé tramite la psicoterapia individuale e i servizi di rete a disposizione (ad esempio il Ser.D.). Tale percorso parte da un Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) concordato con il paziente; in esso vengono prese in considerazione tutte le aree del funzionamento della persona per capire come gestirne al meglio le criticità ma anche conoscerne le risorse e punti di forza.

Ma per quale motivo la sintomatologia della ragazza è diventata incontrollabile a tal punto da necessitare l'ingresso in comunità?

Una motivazione può essere riscontrata nel concetto di "breakdown evolutivo", che si può definire come una frattura nello sviluppo dell'adolescente dovuta all'impatto della pubertà sull'equilibrio delle strutture psichiche (Laufer M. & E., 1986). O ancora, come un cambiamento catastrofico (Bion, 1981) che comincia a preparare il terreno durante l'infanzia, nella quale non era rappresentabile ma che trova immagine nell'adolescenza. Durante questo periodo il breakdown evolutivo può presentarsi con una vasta gamma di manifestazioni che possono comprendere anche comportamenti di aggressività contro sé stessi (come anoressia, tossicodipendenza e tentativi di suicidio).

La paziente viene accolta presso la CTRP il giorno 10/08/2021; fin da subito esprime il proprio disagio e afferma di sentirsi costretta ad entrare in questo tipo di contesto. In questa situazione e nei mesi successivi che ruolo hanno avuto gli operatori sanitari e come hanno agito nell'interesse della paziente? E perché proprio in quel modo?

Questa tesi si propone di indagare quindi le risposte a queste domande, mettendo in luce gli aspetti riabilitativi del percorso della paziente e in che modo essi hanno poi influito sul percorso terapeutico della stessa, confrontandoli con la letteratura scientifica in merito all'argomento.

Il primo capitolo comprende un inquadramento generale del concetto di personalità, meccanismi di difesa, disturbi di personalità e di dipendenza, per introdurre la storia della paziente e al suo percorso all'interno della comunità. A seguire, nel secondo capitolo, è presente la letteratura scientifica utile alla raccolta di informazioni sugli interventi da effettuare su questa tipologia di paziente, per poi parlare delle effettive modalità utilizzate. La letteratura e gli interventi finali vengono poi confrontati nel terzo capitolo, esponendo soprattutto gli aspetti legati alla personalizzazione del percorso terapeutico e le criticità incontrate.

Tutti i dati riportati relativi alla paziente (storia personale e decorso clinico) sono stati raccolti dalla sua cartella clinica previa autorizzazione della struttura; ogni

informazione assicura l'anonimità della paziente e delle strutture coinvolte per tutto il periodo compreso in questo lavoro (da Agosto 2021 a Luglio 2022).

CAPITOLO 1 - PRESENTAZIONE CASO CLINICO

1. Background

Prima di introdurre il caso clinico, per poter avere una visione più ampia e una migliore comprensione dell'argomento da me scelto, credo sia opportuno definire teoricamente le componenti della diagnosi della paziente (disturbo di personalità borderline e disturbo da uso di sostanze/addiction), che chiameremo A.A. (iniziali di fantasia).

1.1 La personalità

Con personalità intendiamo l'insieme dei tratti emotivi e comportamentali di una persona che caratterizzano il suo vivere quotidiano (Casey e Brendan, 2009). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la definisce come "una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza lo stile di vita della persona e che risulta da fattori costituzionali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale" (Bressi e Invernizzi, 2008). La personalità viene quindi costruita in base alle proprie esperienze e a partire dal proprio carattere innato, ma rappresenta anche la capacità della persona di adattarsi all'ambiente che lo circonda (Bressi e Invernizzi, 2008).

Sigmund Freud (1856-1939) nei suoi studi affermò che i primi anni del bambino sono fondamentali per la strutturazione della personalità. Divise lo sviluppo in cinque tappe diverse: fase orale, anale, fallica, di latenza e genitale. Precisò inoltre che se l'individuo non supera correttamente queste fasi si viene a creare una fissazione a quello specifico periodo e che ciò influenza di conseguenza la personalità e il comportamento della persona (Invernizzi, 2006). Per Freud l'equilibrio in queste fasi sarebbe la cosa ideale, ma nella realtà ognuno di noi sarà maggiormente fissato in uno specifico periodo dello sviluppo. Questa singolarità rappresenta i tratti del carattere che ognuno possiede e con i quali si relaziona con sé stesso, con gli altri e con l'ambiente (Aruta, n.d.). Oltre ad avere individuato le fasi dello sviluppo, Freud suddivise anche la personalità in componenti: Es, Io e Super-Io. L'Es è l'insieme delle pulsioni e degli istinti del soggetto, è dominato dal principio del piacere ed è la sola struttura inizialmente presente nell'individuo.

Dall'Es hanno poi origine le altre due dimensioni: il Super-Io e l'Io; il primo si sviluppa intorno ai 5-6 anni e ha una funzione di giudizio morale che nasce dall'interiorizzazione delle regole poste dai genitori e dalla società. Il funzionamento del Super-Io è strettamente legato a quello dell'Io, perché può contribuire al rafforzamento o all'indebolimento di quest'ultimo attraverso l'auto approvazione del comportamento o con l'aumento dell'ansia quando non viene rispettato. Per l'appunto l'Io è il mediatore tra Es e Super-Io e cerca di garantire l'equilibrio fra queste due dimensioni. L'Io è razionale, permette all'individuo di differenziare la realtà esterna dai processi interni, organizza logicamente i processi mentali ed esercita una difesa contro l'angoscia (Casatelli e Sbatella, 2008). Sviluppare correttamente tali componenti della personalità risulta fondamentale in quanto i conflitti che insorgono tra queste dimensioni attivano dei meccanismi di difesa che modificano poi il pensiero e il comportamento dell'individuo portando, a volte, allo sviluppo di disturbi di personalità.

1.2 I meccanismi di difesa e il breakdown evolutivo

L'Io, il mediatore fra Super-Io ed Es, mette in atto dei meccanismi di difesa per riuscire ad affrontare determinate situazioni; tali meccanismi sono delle operazioni difensive influenzate dall'ambiente di vita, dalle proprie esigenze e dall'infanzia vissuta. Tutto ciò quindi si ripercuote sul comportamento che si assume verso il pericolo (Lo Conscio, 1973). La mente deve sentire di avere il controllo per agire in modo funzionale, ma se le risorse sono insufficienti perché un individuo risolva un problema, tale controllo viene a mancare e i meccanismi di difesa entrano in azione. Essi iniziano ad agire quando si percepiscono idee, comportamenti, desideri o bisogni che non coincidono e non rispettano l'immagine ideale di Sé, allo scopo di ridurre l'angoscia derivata, preservando l'integrità dell'Io e l'autostima. I meccanismi di difesa servono anche a gestire emozioni molto intense (ad esempio l'aggressività e la rabbia), permettendo di proiettarle su obiettivi esterni alla propria mente. Ne è un esempio l'autolesionismo: esso allevia la sofferenza psicologica deviandola verso il dolore fisico, più sopportabile (Klonsky, 2007).

La valutazione dei meccanismi di difesa, che intervengono inevitabilmente nella relazione fra soggetto e mondo esterno, diventa fondamentale per lo studio della personalità di un individuo in quanto alcuni fra i meccanismi sono peculiari di specifici disturbi. Studiando la personalità attraverso di essi è possibile individuare tre strutture di personalità: il livello nevrotico, il livello borderline e il livello psicotico, ognuno dei quali è caratterizzato da specifiche difese. Ad esempio nel borderline troviamo la scissione, che va a separare gli aspetti buoni da quelli cattivi di una persona, con una conseguente rappresentazione errata della realtà (Aruta, n.d.).

Abbiamo discusso di personalità e di meccanismi di difesa, ma cos'è il breakdown evolutivo e perché potrebbe riguardare da così vicino il caso della paziente di questo case report?

Come già citato nell'Introduzione di questo elaborato, per "breakdown evolutivo" intendiamo una frattura nello sviluppo dell'adolescente dovuta all'impatto della pubertà sull'equilibrio delle strutture psichiche (Laufer M. & E., 1986), ma anche una "crisi di sviluppo che appare grave al clinico, ma che può evolvere felicemente" (Nicolò, 2021). Se ben curato infatti il breakdown può anche rappresentare un momentaneo scompensamento (in adolescenza o nella giovane età adulta) che non lascia fratture permanenti. In questi casi la rottura evolutiva può rappresentare una crisi utile allo sviluppo e alla riorganizzazione della personalità stessa. Tuttavia, se non opportunamente trattato, esso progredisce pericolosamente poiché il funzionamento mentale di un adolescente è sì mobile e ristrutturabile in senso positivo, ma solo se si verificano le condizioni favorevoli a ciò. La caratteristica da tenere maggiormente in considerazione del breakdown evolutivo infatti è che non è solo patologico ma anche progressivo, poiché blocca ed inibisce lo sviluppo della personalità con notevoli conseguenze nella vita adulta. Per fare un esempio: un ragazzo che si ritira in isolamento dai 14 ai 18 anni non avrà esperienze significative di socializzazione, acquisizioni cognitive o di esperienze sessuali e tutto ciò peserà notevolmente nella sua vita di persona adulta (Biolzi, Nicolò, 2021).

Nello studio e nel trattamento delle crisi evolutive è di grande importanza prestare attenzione alla valutazione del funzionamento familiare, in quanto per un bambino/adolescente è pur sempre un ambiente educativo nel quale si trova immerso. La risoluzione perciò deve passare attraverso una trasformazione individuale ma anche di contesto familiare, non trascurandone le risorse e le capacità elaborative. La famiglia collaborante potrebbe divenire infatti un fondamentale agente co-terapeutico, mentre nei casi in cui essa è assente o non collaborante è necessario fare riferimento a presidi esterni perché il soggetto possa essere aiutato. Per riuscire a considerare in modo ottimale tutti questi piani differenti dell'adolescente è fondamentale la multidisciplinarietà della cura (Nicolò, 2021).

1.3 I Disturbi di Personalità ed Epidemiologia

Sono molti i fattori che influenzano la personalità, il suo sviluppo e la manifestazione dei suoi tratti. Per l'appunto, questi ultimi dovrebbero essere flessibili e adattabili all'ambiente circostante perché non si presentino problematiche. I disturbi di personalità infatti si caratterizzano principalmente non per segni e sintomi specifici, ma per alcuni tratti che divengono inadeguati, poco modellabili rispetto al contesto dell'individuo e che non gli permettono di mantenere un comportamento adattivo (Bressi e Invernizzi, 2008). Tali disturbi quindi non producono necessariamente quadri clinici psicotici o nevrotici, ma tendenzialmente rendono problematiche le relazioni e l'adattamento alla realtà (Colombo, 2010).

Queste tipologie di disturbo esprimono una condizione patologica della personalità e possono coesistere con altri disturbi mentali (Casey e Brendan, 2009). Circa il 67% dei pazienti con disturbo di personalità presenta altre problematiche come: disturbi d'ansia, dell'umore (come la depressione o il disturbo bipolare), di dipendenza da sostanze (alcol, tabacco, droghe). Queste situazioni possono complicare notevolmente il percorso terapeutico del paziente (Lezenweger et al. 2007).

Nel 2011 è stato condotto uno studio multicentrico (riportato anche nell'Introduzione) volto a fornire una fotografia della diagnosi di disturbo di personalità in età evolutiva in Italia, indagando le modalità con le quali viene posta la diagnosi, ricercando i fattori di rischio (familiari e ambientali) e i segnali comportamentali psicopatologici precoci che possono risultare predittivi del successivo sviluppo di un disturbo di personalità. Su un campione totale di 162 ragazzi, con un'età media di 15,5 anni, il 41% aveva comportamenti aggressivi e disturbi della condotta tra i principali motivi d'accesso alla diagnosi, mentre il 16,6% aveva tentato il suicidio o praticava atti autolesionistici. Nella sintomatologia prevalente il 45% riferiva abbandono scolastico, il 40% isolamento sociale, il 35% autolesionismo e il 28% uso di sostanze. Nello specifico della diagnosi di disturbo di personalità ben il 45% dei ragazzi presentava un disturbo borderline (Ancona et al. 2011).

Secondo il Rapporto di Salute Mentale del Ministero della Salute, contenente un'analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) dell'anno 2020, sono stati 728.338 i pazienti psichiatrici assistiti in Italia. L'età media registrata per i disturbi della personalità e del comportamento era di 43 anni, mentre la frequenza della patologia era di 10,3 per 10.000 abitanti. Il Rapporto propone anche una panoramica della frequenza dei diversi disturbi psichiatrici afferenti alle strutture territoriali italiane in base al sesso e all'età dei pazienti. Per quanto riguarda le ragazze, la fascia di età 18-24 anni della classe "disturbi della personalità e del comportamento" è terza per numero di pazienti (con una frequenza di 15,5 su un totale di 106,5 pazienti), successiva solo alle "sindromi nevrotiche e somatoformi" e ad altri disturbi psichici non specificati. Si riporta la tabella completa negli Allegati (Tabella 1.3.1 – Utenti presenti in strutture territoriali psichiatriche per gruppo diagnostico, sesso e fascia d'età – tassi per 10.000 abitanti). Nel resoconto delle dimissioni e riammissioni ospedaliere non programmate, gli individui con disturbi della personalità e del comportamento presentano una media del 15,3% per la riammissione entro 30 giorni dalla dimissione e una media del 7,9% per la riammissione entro 7 giorni, superando la media nazionale di 11,9% a 30 giorni e 5,8% a 7 giorni (Di Cesare et al. 2021).

1.3.1 Diagnosi e Classificazione

I tratti della personalità sono modalità (pattern) costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti di sé stessi e dell'ambiente. Quando tali tratti sono disadattivi e rigidi possono causare compromissione funzionale e disagio, fino a determinare un disturbo di personalità (DSM-V-TR, 2022). Di seguito, la tabella con i criteri diagnostici per un disturbo della personalità in generale.

A	<p>Un pattern abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo pattern si manifesta in due o più delle seguenti aree:</p> <ol style="list-style-type: none">1. cognitività (cioè modi di percepire e interpretare sé stessi, gli altri e gli avvenimenti);2. affettività (cioè varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva);3. funzionamento interpersonale;4. controllo degli impulsi.
B	<p>Il pattern abituale risulta inflessibile e pervasivo in un'ampia varietà di situazioni personali e sociali.</p>
C	<p>Il pattern abituale determina disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.</p>
D	<p>Il pattern è stabile, di lunga durata e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta.</p>

E	Il pattern abituale non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale.
F	Il pattern abituale non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es. una sostanza di abuso, un farmaco) o di un'altra condizione medica (per es. un trauma cranico).

Tabella 1.3.1- Criteri diagnosi generali DSM-V-TR per i disturbi di personalità (American Psychiatric Association, DSM-V-TR, 2022)

Seguendo la classificazione del Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-V-TR, 2022) i disturbi di personalità vengono differenziati in tre cluster principali in base a delle caratteristiche accomunanti:

- Cluster A: ad esempio il disturbo di personalità schizotipico; si caratterizza per elementi di stravaganza, eccentricità, bizzarria, sfiducia e chiusura nei confronti degli altri;
- Cluster B: a questo raggruppamento appartengono i disturbi istrionico, narcisistico, borderline e antisociale. Essi hanno elementi di drammaticità, imprevedibilità e labilità emotiva.
- Cluster C: qui troviamo i disturbi di personalità dipendente, evitante ed ossessivo compulsivo, con tratti inibitori come ansia e timore (Colombo, 2010).

1.3.2 Il Disturbo di Personalità Borderline (BPD)

Il disturbo di personalità borderline (BPD) fa parte del cluster B dei disturbi di personalità e si caratterizza per una forte instabilità emotiva ed ipersensibilità. Come emerso dagli studi riportati in precedenza una buona fetta dei disturbi di personalità sono BPD: esso riguarda circa l'1,4% della popolazione generale (APA,2022) e nel 75% dei casi viene diagnosticato a persone di sesso femminile (Colombo, 2010). E ancora, in uno studio condotto nel 2020 su un gruppo di adolescenti ricoverati in un reparto psichiatrico (campione di 52 ragazzi, con range

di età 12-19 anni) circa il 63,5% dei pazienti rispondeva ai criteri per la diagnosi di BPD (Rossi & Ridolfi, 2020). Tra i fattori di rischio per la patologia, oltre a quelli familiari e d'abuso di sostanze, si hanno fattori genetici e fisiologici: il BPD è circa cinque volte più comune tra consanguinei di primo grado rispetto alla popolazione generale (APA, 2022). Esperienze traumatiche durante l'infanzia, come ad esempio abusi fisici o sessuali, incuria e separazione precoce dai genitori, sembrano giocare un ruolo decisivo nello sviluppo della patologia determinando ad un certo punto dello sviluppo il "breakdown evolutivo" (Colombo, 2010 - Laufer & Laufer, 1984) precedentemente illustrato. Tali esperienze durante l'infanzia non permettono al soggetto di acquisire unitariamente gli aspetti positivi e negativi di sé e degli altri determinando lo sviluppo del meccanismo di difesa di scissione tipico della patologia (Colombo, 2010). La scissione non permette all'individuo di avere una rappresentazione unitaria di sé e degli altri e lo fa oscillare continuamente fra l'idealizzazione e la svalutazione della propria persona e del mondo esterno (Colombo, 2010). Nello specifico permette al paziente di distinguere gli aspetti positivi da quelli negativi (di sé o di un oggetto) ma gli impedisce anche di averne una visione unitaria (aspetti positivi e negativi di una stessa cosa), consentendogli di prenderne in considerazione uno solo alla volta (o tutti i positivi o tutti i negativi) e determinando una marcata instabilità nel suo funzionamento generale (Casey e Brendan, 2009). Oltre all'utilizzo di questo specifico meccanismo di difesa, sono presenti altri aspetti caratterizzanti del disturbo:

- una fragilità dell'io;
- la necessità di continue conferme esterne;
- un'importante quota di aggressività che spesso rivolge contro sé stesso;
- una marcata impulsività e instabilità.

La fragilità dell'io determina nel paziente una debolezza della propria immagine e della propria identità, portando a frequenti sentimenti di noia e solitudine; l'individuo con BPD non riesce affatto a tollerare tali sentimenti e questo lo spinge a creare numerose relazioni, spesso disfunzionali. Queste relazioni problematiche e la modalità di percepire il mondo esterno come minaccioso determinano una

continua oscillazione del paziente tra le condizioni di dipendenza e ostilità nell'altro: da una parte ha paura di esserne sovrastato, dall'altra non vuole essere abbandonato e ciò lo spinge talvolta a compiere atti manipolatori. Dalle stesse relazioni spesso sorgono situazioni frustranti alle quali l'individuo risponde con atti di rabbia e impulsività (come promiscuità sessuale, abuso di sostanze e autolesionismo), (Invernizzi, 2006). Anche a causa di ciò il BPD è spesso presente in comorbilità ad altri disturbi come disturbi d'ansia o disturbi dell'umore, disturbi del comportamento alimentare, abuso di sostanze (Tomko et al. 2014). Per la complessità di tutto il quadro psicopatologico il disturbo si associa ad una forte sofferenza interiore correlata a sentimenti di rifiuto, abbandono e isolamento (Fonagy et al. 2011). Secondo la prognosi (DSM-V-TR, 2022) questo insieme di comportamenti ed emozioni altamente impattanti sul funzionamento del paziente si stabilizzano con l'avanzare dell'età, come il rischio di suicidio (8-10% dei casi totali) diminuisce con l'età adulta.

1.4 Disturbo da uso di sostanze o Addiction e il Disturbo da uso di alcol

Il BPD si caratterizza per atti impulsivi che talvolta possono mettere in pericolo la sicurezza stessa del paziente (come ad esempio il consumo e l'abuso di sostanze stupefacenti e di alcol), (APA, 2022). La paziente protagonista di questo case report faceva uso di una varietà di sostanze e di alcol; ciò ha reso più complicato il percorso terapeutico e ha determinato l'insorgenza di crisi, rendendo necessaria una spiegazione teorica delle circostanze.

Il disturbo da uso di sostanze o addiction è rappresentato da un insieme di sintomi/indicatori (cognitivi, comportamentali e fisiologici) che mostrano come l'individuo continui a fare uso di una sostanza nonostante gli importanti problemi che essa gli provocano (APA, 2022). I criteri utilizzati dal DSM-V-TR per diagnosticare un disturbo da uso di sostanze riguardano la mancanza di controllo nell'uso della sostanza, che impedisce all'individuo di smettere di farne uso (nonostante il desiderio e i tentativi di farlo) e che lo spinge al consumo nonostante la consapevolezza degli innumerevoli effetti negativi (sia sul piano fisico che non). Il soggetto generalmente tende poi ad impiegare buona parte del proprio tempo alla ricerca della sostanza e manifesta tolleranza, astinenza e

craving (desiderio persistente e irresistibile per una determinata sostanza) oltre che problemi relazionali e lavorativi/scolastici a causa dell'uso ricorrente della sostanza. Secondo i dati forniti in una relazione al Parlamento del 2017, il 33% della popolazione fra i 15 e i 64 anni nel corso della propria vita ha fatto uso di almeno una sostanza psicoattiva illegale. Nel 2016 si è registrato un incremento del 10% dei ricoveri droga-correlati rispetto all'anno prima; questo ha portato le ammissioni ospedaliere droga-correlate ad attestarsi a 6.575, corrispondenti a 108 ogni milione di residenti. Le classi di età per le quali si è verificato l'aumento maggiore sono quelle dei giovani dai 15 ai 34 anni (ISTAT, 2015).

Come indicato nel DSM-V-TR, il disturbo da uso di alcol si riferisce ad una modalità di consumo di sostanze alcoliche che porta a disagio significativo manifestato dall'uso frequente e smodato di alcol, desiderio di smettere con tentativi infruttuosi, grande quantità di tempo dedicata alla ricerca e all'assunzione di alcolici, problemi sociali, lavorativi o scolastici correlati alla situazione, craving, tolleranza e astinenza. Fattori genetici e fisiologici sembrano essere piuttosto rilevanti nello sviluppo di questo tipo di dipendenza: il tasso di questa condizione è di 3 - 4 volte maggiore nei parenti stretti di individui con dipendenza da alcol rispetto alla popolazione generale. I fattori di rischio per lo sviluppo di questo tipo di dipendenza sono strettamente legati anche alla cultura di appartenenza, alla disponibilità della sostanza stessa e alle esperienze personali legate al consumo di alcol o all'uso di altre sostanze (APA, 2022). Nel 2020 il Ministero della Salute ha pubblicato una Relazione sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/03/2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati". Nel 2019 il fenomeno del "binge drinking" (fenomeno che risulta essere il comportamento di rischio principale per lo sviluppo della dipendenza) ha riguardato il 16% dei giovani tra i 18 e i 24 anni. La fascia di età più a rischio è stata quella dei 16-17enni. (Ministero della Salute, 2020).

1.5 Il caso clinico

A.A. (iniziali di fantasia) nasce nel 2003 in Moldavia. Il padre viene descritto aggressivo sia verbalmente che fisicamente nei confronti della madre e si suicida quando A.A. ha 3 anni. In seguito la madre affida A. alle cure dei nonni materni e degli zii per spostarsi in Italia alla ricerca di un'occupazione. Gli attuali ricordi della ragazza riguardano le bevute del padre, i biscotti che le regalava e il fatto che ad ogni pasto le venisse messo davanti un bicchiere di vino "perché l'avrebbe aiutata a reggerlo meglio da grande"; anche il nonno e gli zii, come il padre, bevono molto.

A 8 anni A. raggiunge la madre in Italia, la quale aveva instaurato una relazione con un nuovo compagno; nel 2017 da questa unione nascono due gemelli, ai quali A. è tutt'ora molto affezionata e dei quali sente la mancanza. La madre in seguito si allontana da quest'uomo a causa di violenze domestiche e alcolismo.

Per tutto il periodo dell'infanzia e della preadolescenza A.A. non mostra alcun sintomo che possa presagire l'insorgenza di un disturbo di personalità anche se viene descritta dalla madre come una ragazzina molto timida e schiva.

Nei primi anni di superiori A. aggiunge al frequente consumo di alcol (soprattutto superalcolici) le sostanze stupefacenti; lo fa per inserirsi nel "branco" di amici, per sentirsi adeguata e all'altezza. Instaura relazioni ambivalenti che stimolano in lei anche rabbia e sentimenti di rifiuto che sfociano in agiti autolesionistici. Entra in contatto con il Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) e i servizi di Salute Mentale, mentre le sue condizioni psichiche precipitano sempre di più, fino a rendere insostenibile il proseguimento scolastico. In un anno (tra il 2020 e il 2021, tra i 17 e i 18 anni) A. arriva a sette ricoveri ospedalieri a causa di episodi depressivi gravi con agiti autolesivi.

Nel Dicembre del 2020 si formula la diagnosi di "disturbo borderline di personalità" con un quadro psicopatologico grave caratterizzato da instabilità timica e impulsività marcata, alto rischio autolesivo e concomitante abuso di alcol e droghe. Il trattamento ambulatoriale (al Centro di Salute Mentale) e semiresidenziale (con un tentativo di inserimento al Centro Diurno proposto dal

CSM stesso) risulta essere insufficiente e si rende necessario l'inserimento in una struttura protetta. L'équipe che ha in carico l'utente è infatti conscia delle situazioni che questa vive quando non si trova in contesti protetti (una famiglia assente alle spalle, la madre che la considera una "migliore amica" e non la protegge, il senso di responsabilità che la ragazza avverte nei confronti dei due fratellini) e predispone l'inserimento in una Comunità Riabilitativa Terapeutica Protetta (CTRP), ovvero un contesto che possa aiutarla a meglio comprendere la propria sofferenza psichica, a formulare richieste d'aiuto e a sviluppare comportamenti adattivi per il proprio contesto di vita e il proprio futuro.

L'inserimento in CTRP avviene a seguito di una valutazione del caso e della stesura di un Piano Terapeutico Individualizzato (PTI) da parte del CSM. La valutazione solitamente si effettua per mezzo di scale valutative del funzionamento psico-sociale del paziente e quanto emerge viene riportato sul PTI. Quest'ultimo è un piano assistenziale preparato in modo multidisciplinare ed elaborato per il singolo paziente, per analizzarne gli aspetti clinici/assistenziali e l'entità della patologia, rendendosi strumento indispensabile per i casi multiproblematici. Con questa modalità è possibile pianificare adeguatamente un percorso di riabilitazione caratterizzato da un'elevata personalizzazione dell'assistenza (grazie alla molteplicità delle figure individuate dal Piano) e che garantisce al paziente di essere protagonista del percorso di cura. A quest'ultimo obiettivo fa riferimento l'intento di far firmare il PTI anche al paziente e alla sua famiglia, oltre che a tutti i professionisti coinvolti per una completa condivisione della progettualità.

All'interno della CTRP si individuano due infermieri di riferimento della paziente, due figure che sappiano farle da guida, sulle quali A. possa contare, con cui instaurare una relazione d'aiuto valida e terapeutica e che tengano le fila del caso per mantenere il collegamento con il CSM. Al momento dell'inserimento in comunità (10/08/2021) l'équipe elabora il progetto concordato (della linea riabilitativa) sulla base delle scale di valutazione stilate dal CSM. Il progetto concordato è un documento di pianificazione volto all'individuazione delle aree critiche del funzionamento di A.A. e alla progettazione di obiettivi riabilitativi

specifici da raggiungere lavorando per priorità. Tale progetto raccoglie anche gli eventuali punti di forza del caso (ad esempio gli aspetti relazionali, a loro volta meglio approfonditi in seguito con una carta di rete stilata dalla paziente stessa) ed è condiviso con i vari professionisti coinvolti. Nel caso di A.A. l'équipe è composta da: psichiatra e infermiere case manager (figura di riferimento dei casi multiproblematici e di tutto il percorso terapeutico del paziente, che ne segue gli sviluppi e che raccoglie tutte le informazioni sulla persona in modo unitario, per consentire una visione globale della situazione clinica), il medico referente della struttura, un infermiere di riferimento e il paziente, nell'ottica del coinvolgimento nella cura.

1.5.1 Problemi ed obiettivi assistenziali

Per individuare in modo chiaro le problematiche su cui risulta necessario agire il CSM applica sulla paziente due scale di valutazione: HoNos (Health of the Nation Outcome Scales. Research Unit of Royal College, 1993) e la VGF (Valutazione Globale del Funzionamento o Global Assessment of Functioning, GAF. APA, 1994). Riporto entrambe le scale complete negli Allegati.

La scala HoNos va a valutare la gravità sia degli aspetti clinici che di quelli sociali della paziente, componendosi di 12 items che coprono 4 aree distinte: problemi comportamentali, deficit delle funzioni di base, esperienze psichiche soggettive che disturbano e limitano il soggetto, problemi ambientali. Dalla scala emergono le seguenti principali compromissioni:

- Tra i problemi comportamentali l'autolesionismo e l'abuso di sostanze risultano essere significativamente impattanti sulla vita dell'utente;
- La forte instabilità timica e l'umore a volte profondamente depresso assumono il ruolo di sintomi psichici soggettivi e fortemente limitanti;
- Per quanto riguarda i problemi ambientali si evidenziano problemi relazionali con la madre, problemi nell'autonomia delle attività di vita quotidiana (soprattutto a causa della dipendenza).

La seconda scala applicata, VGF o GAF, è una scala numerica utilizzata per valutare il funzionamento sociale, occupazionale e psicologico di una persona.

Essa ha un punteggio va da 1 (funzionamento gravemente compromesso) a 100 (funzionamento estremamente elevato). Il punteggio riportato dalla paziente la riconduce ad una categoria di sintomi gravi (come l'ideazione suicidaria) e alla grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico:

- Funzionamento sociale: compromissione della socialità e delle relazioni a causa dell'ipersensibilità e all'instabilità del tono dell'umore;
- Funzionamento occupazionale: la paziente ha interrotto il percorso scolastico a causa del quadro psicopatologico;
- Funzionamento psicologico: grande instabilità timica con auto-aggressività.
- Funzionamento familiare: importanti difficoltà nella relazione con la madre.

Le scale di valutazione vengono poi raccolte dalla CTRP per la stesura del progetto concordato; di seguito riporto le aree del funzionamento indagate e i rispettivi obiettivi condivisi posti il 10/08/2021:

- AREA DELL' AUTONOMIA PERSONALE: la paziente ha delle buone capacità di cura di sé, ma talvolta peggiorano nei momenti di calo dell'umore. Ha condotte autolesioniste che si diversificano in self cutting (attraverso cui riferisce di sentirsi viva), abuso di sostanze (cannabinoidi e non solo) e di alcol. Non è critica verso gli agiti autolesionistici e ha spesso idee mortifere.

Gli obiettivi legati a quest'area sono la scomparsa, o la riduzione, delle condotte autolesive, con un controllo e una consapevolezza da parte della paziente delle situazioni che generano il desiderio di farsi del male o il craving tipico della dipendenza da sostanze.

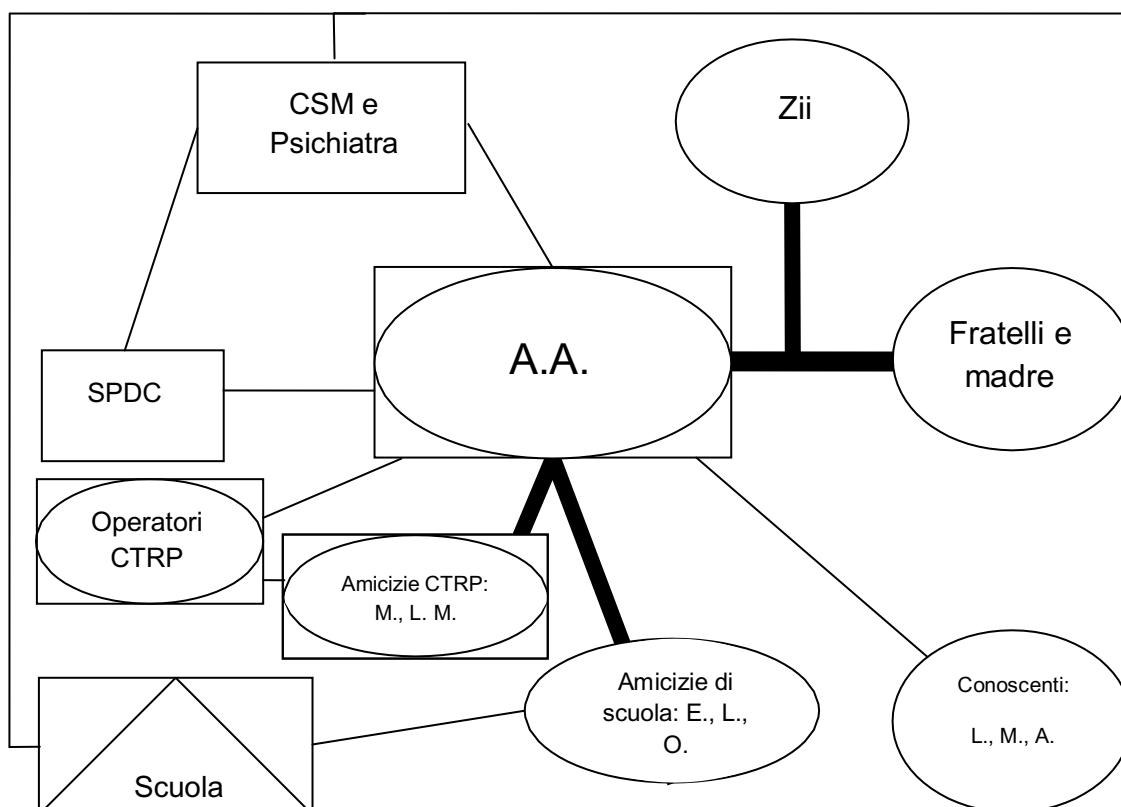
- AREA DELL'AUTONOMIA OCCUPAZIONALE E LAVORATIVA: per la prima volta A.A. viene bocciata al IV anno di liceo a causa della malattia e dei continui ricoveri. Tuttavia, anche al momento dell'inserimento in comunità, la paziente dimostra quanto per lei sia importante riprendere gli studi che fino ad allora aveva seguito in modo brillante.

L'obiettivo principale è quello di permetterle di riprendere la scuola, ma solo in seguito al raggiungimento di un discreto tono timico e della stabilizzazione del quadro psicopatologico.

- **AREA DELL'AUTONOMIA RELAZIONALE:** le relazioni della paziente sono fortemente influenzate dalla grande sensibilità interpersonale di A.A., che tende ad affezionarsi molto a chiunque le mostri interesse o sia gentile. Emerge un quadro critico con la madre, che riferisce di non sapere come comportarsi con la figlia e che quest'ultima sente come incapace al funzionamento di buona madre (madre amica).
Gli obiettivi riguardano principalmente il miglioramento del rapporto con la madre, la creazione di una relazione terapeutica con gli infermieri di riferimento (anche in funzione terapeutica) e la nascita di rapporti funzionali e costruttivi.
- **AREA DELL'AUTONOMIA SOCIALE:** per quanto riguarda quest'area, intesa come l'autonomia negli spostamenti e l'utilizzo del denaro, l'utente non mostra alcuna problematica particolare. Sa che la madre fa sacrifici (in termini economici) e non spende denaro in cose futili, anche se talvolta si fa prendere dal discontrollo e spende tutto ciò che ha.
L'obiettivo stilato per l'area è legato alla gestione del craving: inizialmente le viene impedito di spostarsi liberamente all'esterno della comunità per non rischiare di incorrere in crisi.

Una volta viste le criticità e stesi gli obiettivi si chiede un'ulteriore collaborazione alla paziente per la stesura della sua carta di rete, ovvero una sorta di grafico nel quale A.A. possa collocare le persone a lei care e i propri contatti in generale (sia con persone che con istituzioni), dando una valutazione del legame formato (se più o meno profondo). La carta di rete è fondamentale per comprendere i legami della paziente e il loro svilupparsi nel corso del tempo (più avanti riporto una carta a qualche mese di distanza) e per permettere agli operatori di capire in che modo si sta costruendo la relazione con il paziente. Dal documento emergono le amicizie scolastiche e a livello ospedaliero, oltre che un forte legame con la famiglia. Riporto negli Allegati la legenda per interpretare correttamente le carte di rete proposte.

Carta di rete (a stella) stilata dalla paziente (11/09/2021):



Tornando alle aree indagate dal progetto riabilitativo; da una loro analisi si possono individuare le principali problematiche del caso, di seguito riportate sinteticamente:

- Alto rischio di autolesionismo correlato alla compromissione del tono dell'umore della paziente, delle sue inadatte capacità di coping e al carente supporto familiare;
- Compromissione delle relazioni determinata dall'instabilità del tono dell'umore e dall'intero quadro psicopatologico;
- Compromissione dei processi decisionali della paziente che, non in grado di controllare i propri impulsi, può ricadere nell'abuso di sostanze.

Dalle problematiche si elaborano di conseguenza gli obiettivi:

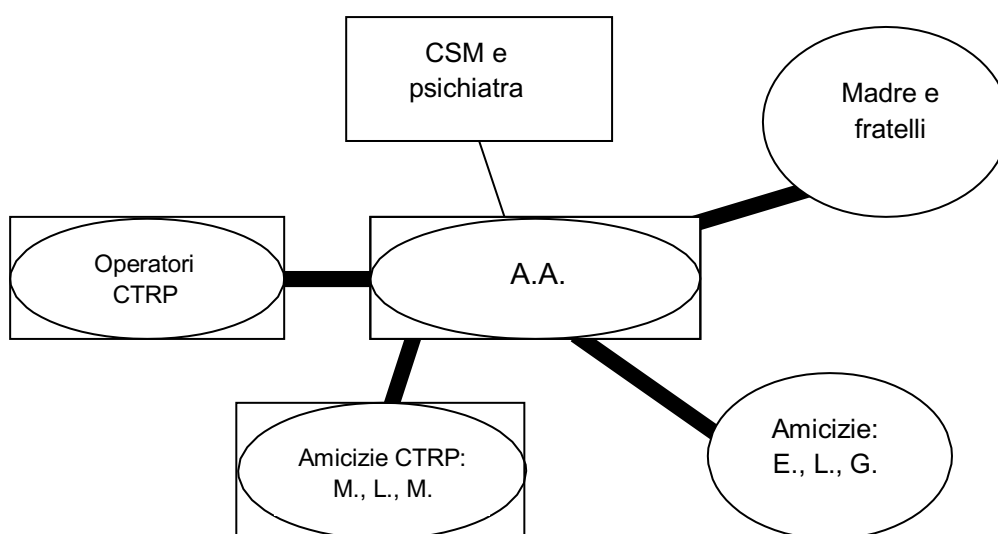
- Stabilizzazione del quadro psicopatologico (con un miglioramento del tono dell'umore);

- Riduzione del rischio autolesivo;
- Miglioramento delle capacità di coping per far fronte alle situazioni di crisi;
- Miglioramento delle relazioni sociali e familiari;
- Ripresa della propria normale quotidianità con la frequenza scolastica.

Il progetto concordato e gli obiettivi che contiene possono modificarsi in corso d'opera rivalutando il caso in base ai miglioramenti o ai peggioramenti della paziente. Se non avvengono cambiamenti si effettua comunque una rivalutazione a 6, 12 e 24 mesi; ad ogni rivalutazione e alla dimissione si utilizza la scala HoNos illustrata precedentemente (valida anche per valutare gli interventi effettuati) e poi, in base ai risultati, si apportano le modifiche al percorso precedentemente programmato. Nel caso di A.A. ad esempio, gli obiettivi si modificano nel Settembre 2021 e ciò comporta:

- Una maggiore progettualità per il rientro scolastico (ipotizzando anche ad un passaggio ad una comunità a minor intensità di cura);
- La possibilità di spostarsi all'esterno della CTRP.

La seconda carta di rete sviluppata dalla paziente (25/01/2022) mostra come i rapporti di A.A. si siano ridotti a seguito di un periodo di quarantena della comunità:



Nuove modifiche al progetto iniziale si apportano anche nel mese di Aprile 2022, con una riunione dei responsabili della linea riabilitativa e del CSM (tutti i professionisti coinvolti) per una verifica del caso. Le modifiche si legano soprattutto ad una previsione di dimissione in tempi brevi e all'ulteriore miglioramento della consapevolezza della paziente sui propri comportamenti di rischio, sulla propria patologia e sulle competenze nell'affrontare le crisi.

1.5.2 Il percorso di A.A. in CTRP

Di seguito riporto in sintesi il percorso della paziente all'interno della CTRP, al fine di meglio identificare ciò che ha spinto l'équipe di lavoro a modificare gli obiettivi e ad agire in determinati modi, con interventi che vedremo nel prossimo capitolo.

AGOSTO: Durante il primo mese di inserimento, A.A. riferisce grande sofferenza alla vita di comunità e si verificano episodi di self cutting. In questo periodo si inizia a lavorare sulle strategie da utilizzare al posto dell'autolesionismo attraverso la relazione che si sta creando con gli infermieri di riferimento.

SETTEMBRE: L'umore rimane instabile, permangono pensieri autolesivi e di morte, ma la ragazza ne parla con gli operatori. La madre, senza consultarsi con l'équipe, iscrive A.A. a scuola e la situazione investe l'utente: ha paura di fare troppe assenze, di non essere all'altezza, di essere attratta dalla droga. Tuttavia espone anche il desiderio di riprendere gli studi e di tornare a frequentare il contesto scolastico, perciò si propone alla paziente di seguire le lezioni in Didattica a Distanza (DAD) e, una volta raggiunta una stabilizzazione clinica, la possibilità di frequentare la scuola in presenza trasferendosi in una comunità a minor intensità assistenziale. La DAD viene considerata la migliore modalità d'azione, in quanto A.A. non può ancora uscire in autonomia e, per la sua sicurezza, è necessario che rimanga all'interno della struttura (a causa della propria instabilità umorale, dell'altro rischio autolesivo e di uso di sostanze).

OTTOBRE-NOVEMBRE: In questo periodo A. approfondisce la relazione terapeutica con gli infermieri di riferimento, provando ad identificare ciò che l'ha particolarmente colpita nella sua infanzia e adolescenza: la morte del padre, l'abbandono della madre, le molestie subite. Inizia la DAD, all'interno della

comunità si creano degli spazi e dei momenti dedicati allo studio. Purtroppo, la paziente non riesce a proseguire l'impegno scolastico in quanto ancora troppo fragile e in un contesto non del tutto adeguato alla prosecuzione degli studi.

DICEMBRE-GENNAIO-FEBBRAIO: La paziente inizia ad uscire autonomamente con gli altri utenti della comunità, in modo controllato e per qualche ora la settimana, ma durante una di queste si ubriaca e prova a scappare dalla comunità; emerge anche un suo consumo di sostanze stupefacenti. Inizia un percorso in collaborazione con il Ser.D. e A., a cui viene ritirata la possibilità di uscire dalla struttura per un periodo, sembra capire l'errore nel suo comportamento e accetta la situazione.

MARZO: A. prova nuovamente a scappare dalla struttura ma viene intercettata e riportata indietro. Si chiude in bagno e si fa del male, perciò si procede con ricovero della paziente in un reparto in cui gestire in modo sicuro la situazione di crisi. Viene dimessa alla fine del mese.

APRILE: Il quadro psicopatologico migliora, A.A. riprende ad uscire in autonomia dalla comunità (anche da sola) per andare alle visite dallo psichiatra e dallo psicoterapeuta (al CSM); le viene permesso anche di rimanere fuori più a lungo per lavorare sulla gestione del tempo libero, per vedere amici esterni alla comunità.

MAGGIO – GIUGNO: Le uscite autonome inizialmente vanno bene, ma di volta in volta A.A. torna a fare uso di sostanze, evidenziando quanto questa problematica sia presente e quanto sia difficile per la ragazza resistere agli impulsi di craving.

LUGLIO: A.A. esce dalla comunità e viene valutata nuovamente dal CSM, che prevede il suo inserimento all'interno di una struttura dedicata alla cura della compresenza di un disturbo psichiatrico e di addiction, considerandoli quindi due elementi di una doppia diagnosi. Tale modalità di presa in carico consentirà di gestire adeguatamente entrambe le situazioni, più di quanto non si potesse fare all'interno della CTRP. Viene nuovamente applicata la scala di valutazione HoNos nella quale si mantiene la gravità della situazione e si sottolinea la dipendenza.

Per tutto il periodo in comunità gli operatori notano il modo provocatorio di A. di attirare l'attenzione (nel modo di vestire e di truccarsi), ma come rimane semplice, timida e imbarazzata nella quotidianità. Dal punto di vista fisico, si evidenzia una tachicardia in concomitanza di episodi nei quali la paziente è cupa e pensierosa (fino a 165 bpm) valutata dal cardiologo (anche con esami specifici) e con esito negativo; per questo assume un beta-bloccante al bisogno. Nella terapia al bisogno si ritrova anche Clotiapina (Entumin) in cui A. trova sollievo nei periodi di crisi; rimane sempre compliant in tutto il resto della terapia assunta.

CAPITOLO 2 – STRATEGIE ED INTERVENTI

2. Assistenza Infermieristica ad un paziente con Disturbo Borderline di Personalità (BPD)

Per iniziare a trattare l'argomento dell'assistenza al paziente con BPD riporto ciò che viene illustrato nelle linee guida NICE (National Institute of Health and Care Excellence, *Clinical guideline, Borderline personality disorder: recognition and management*, 2009) e APA (American Psychiatric Association, *Practice guideline for the treatment of patient with borderline personality disorder*, 2001).

Le linee guida vengono definite come documenti che forniscono raccomandazioni per il comportamento clinico e il cui scopo è quello di fornire un aiuto ai professionisti sanitari, guidandoli nella scelta della tipologia di intervento e della modalità assistenziale più appropriata in determinate situazioni cliniche. Non sono disponibili molti documenti di indirizzo per il trattamento del BPD, nonostante l'importante messa a punto di trattamenti psicoterapici con focus sui disturbi di personalità; ciò è riconducibile alla mancanza di sufficienti ed omogenei studi di efficacia sui trattamenti stessi (Nicolò, G. et al. *Sintesi delle evidenze scientifiche e delle linee guida per il trattamento del disturbo borderline e antisociale di personalità*, 2021).

Nella linea guida NICE (la più recente e aggiornata, del 2009) il trattamento del BPD si articola in una serie di punti, riferendosi sia a pazienti con età minore che maggiore di 18 anni:

1. Valutazione clinica ben strutturata per la diagnosi del BPD;
2. Fornire trattamenti psicologici concordati (tra operatori e paziente) nella tipologia, nella durata e nella frequenza delle sedute psicoterapiche;
3. Non utilizzare la terapia farmacologica come prima linea per la gestione del BPD in quanto nessun farmaco si è dimostrato realmente efficace per questo tipo di patologia (farmaci come antipsicotici e stabilizzatori dell'umore sono risultati utili nella gestione a breve termine delle crisi o nel trattamento delle comorbidità);

4. Discutere in anticipo dei cambiamenti nel trattamento con il paziente: quando si verificano modifiche nel periodo di cura (ad esempio cambi di curante, di tipologie di trattamento o di servizio) spesso si verificano comportamenti autolesionistici e tentativi di suicidio, pertanto è fondamentale informare l'utente ed elaborare un piano strutturato condiviso per affrontare la nuova situazione;
5. Delineare un piano terapeutico riabilitativo con obiettivi strutturati;
6. Non sottovalutare la supervisione del personale, in quanto a volte può essere difficile lavorare con pazienti con BPD.

La *Practice guideline for the treatment of patient with borderline personality disorder* (APA, 2001) considera obiettivi generali di tutto il percorso terapeutico:

- Garantire la sicurezza del paziente;
- Stabilire e mantenere l'alleanza terapeutica;
- Educare il paziente al disturbo e al trattamento;
- Collaborare con gli altri professionisti coinvolti;
- Effettuare rivalutazioni periodiche del piano terapeutico.

La linea guida considera la psicoterapia come trattamento d'elezione, associata poi alla farmacoterapia per la gestione delle comorbidità.

Proseguendo poi con l'analisi della letteratura considerata nel capitolo, troviamo uno studio del 2007 (Bland, D., Tudor, G., Whitehouse, D. 2007. *Nursing care of inpatient with borderline personality disorder*) che sostiene, come le linee guida NICE e APA appena viste, che la psicoterapia accompagnata da farmaci sia fondamentale, ma che un ruolo ancora più decisivo nel trattamento del BPD sia svolto dall'instaurarsi di una relazione terapeutica paziente-operatore (di cui si parlerà in modo più approfondito più avanti nel capitolo). La relazione che si crea tra il paziente e gli infermieri si presuppone essere un rapporto in grado di validare il paziente, di farlo sentire riconosciuto e rispettato dal punto di vista emozionale. La validazione del paziente permette anche di aumentare l'autoefficacia percepita nel contesto e solitamente ciò implica anche una migliore partecipazione al proprio percorso terapeutico (Romeu-Labayen, M. et al. 2020. *Borderline personality*

disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses). Perché un operatore riesca a generare una sana e funzionale relazione terapeutica necessita di una buona formazione e di un'adeguata supervisione che sappia sostenere il tipo di lavoro da svolgere. In *Nursing care of inpatient with borderline personality disorder* (Bland, D., Tudor, G., Whitehouse, D. 2007) emerge come il comportamento del paziente con BPD possa essere altamente impattante sull'équipe di lavoro, rischiando di danneggiarne la stabilità e sicurezza e andando di conseguenza ad influire negativamente sull'assistenza finale fornita alla persona. La supervisione del lavoro degli operatori perciò può essere considerata come un contenimento necessario perché il gruppo di lavoro non si frantumi.

Oltre ai colloqui individuali operatore-utente utili alla creazione di una relazione terapeutica, gli infermieri possono intervenire nello svolgimento di gruppi nei quali i pazienti possono mettersi in gioco, condividere le proprie esperienze e ascoltare quelle degli altri, talvolta identificarsi con i compagni e supportarsi l'un l'altro per affrontare le difficoltà (Romeu-Labayen, M. et al. 2020. *Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses*). Il gruppo (di cui parlerò meglio e più approfonditamente in seguito), o più in generale la relazione con persone con problematiche simili, sembra essere uno spazio sicuro in cui sviluppare anche nuove strategie di coping. Ad esempio, in uno studio del 2014 (Wehbe-Alamah, Wolgamott, *Uncovering the mask of borderline personality disorder: knowledge to empower primary care providers*) si osservano persone con BPD utenti di un blog online, in cui tutti possono scrivere quello che desiderano. In questo caso il blog, la condivisione dei propri pensieri, emozioni ed esperienze passando attraverso la scrittura, diventa un vero e proprio meccanismo di coping, secondo l'esperienza di alcuni utenti.

Tornando alla relazione di cura paziente-operatore: se veramente efficace essa permette di effettuare un trattamento centrato sulla persona, approccio che sembra essere molto efficace (quando affiancato, come detto in precedenza, da psicoterapia e farmacoterapia). L'approccio centrato sulla persona si basa

sull'empatia e sulla pianificazione personalizzata del trattamento stesso, cosa che si è dimostrata particolarmente utile nell'aiutare i pazienti a convivere con intensi stati emozionali, impulsività e comportamenti non controllati (Antai-Otong, D. 2016. *Evidence based care of the patient with borderline personality disorder*). Sempre riferendosi all'approccio centrato sulla persona, *A qualitative study of the working alliance between patient and community mental health nurse during interpersonal psychiatric treatment* è uno studio del 2019 (Van Vee, M et al.) che denuncia come spesso i trattamenti per le patologie psichiatriche vengano standardizzati e non ci si occupi della personalizzazione del percorso di cura per ciascuno dei pazienti, riducendo di conseguenza il coinvolgimento del paziente nel proprio percorso terapeutico. Nello studio emerge come interventi sì migliorativi delle condizioni di vita del paziente, ma anche di tipo relazionale con operatore, possano permettere di raggiungere gli obiettivi prefissati in modo più funzionale che utilizzando un percorso standardizzato. Ma come si possono personalizzare gli interventi del paziente se le figure professionali coinvolte sono molte e di contesti differenti, senza il rischio di tralasciare qualcosa? A questa domanda risponde *Nursing care of inpatient with borderline personality disorder* (Bland, D., Tudor, G., Whitehouse, D. 2007): secondo questo studio il modello di cura più funzionale è quello centrato sul case manager, un operatore che si rende punto di riferimento del paziente, soprattutto in situazioni di crisi (come ad esempio quando il paziente esce da una struttura ospedaliera, diventando un paziente di comunità o territoriale) e che si fa "raccoltitore" di tutto ciò che riguarda il paziente e permettendo all'équipe multidisciplinare di avere una panoramica generale della situazione.

Come esplorato negli studi riportati in precedenza, la chiave del trattamento del disturbo di personalità borderline è l'unione di interventi personalizzati, relazionali, psicoterapia e farmaci. Andando nello specifico degli interventi psicoterapici, troviamo uno studio condotto nel 2020 (Storebø, O. J. Et al. *Psychological therapies for people with borderline personality disorder*) analizza i trattamenti presenti per la presa in carico di persone con BPD. I trattamenti più utilizzati e con migliori effetti sui pazienti si sono rivelati essere la Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT – Linehan, 1993) e il Trattamento Basato sulla

Mentalizzazione (MBT – Bateman e Fonagy, 2004, 2016). In primo luogo viene messo in evidenza come i soggetti che hanno beneficiato di un trattamento psicoterapico, se confrontati con soggetti che non hanno effettuato alcun trattamento, mostrano in generale un miglioramento nella sintomatologia, come per gli agiti autolesivi o i comportamenti suicidari e un miglioramento del funzionamento psicologico globale. Anche altri studi già citati parlano di queste psicoterapie cognitivo-comportamentali: ad esempio *Uncovering the mask of borderline personality disorder: knowledge to empower primary care providers* (Wehbe-Alamah, Wolgacott, 2014) evidenzia come la psicoterapia cognitivo-comportamentale abbia portato i risultati migliori nel trattamento del BPD rispetto ad altre psicoterapie, soprattutto la terapia basata sulla mentalizzazione e la terapia dialettico comportamentale. La terapia dialettico comportamentale si concentra sulle abilità interpersonali del paziente e in questa terapia il paziente rimpiazza i comportamenti disfunzionali con modalità di coping e risposte comportamentali adeguate ed efficienti, migliorando il proprio funzionamento generale. La mentalizzazione, conosciuta per la sua efficacia con i pazienti con BPD, solitamente si utilizza quando il problema principale della persona è la percezione che ha di Sé. La terapia basata sulla mentalizzazione (MBT) vede il concetto della “mentalizzazione” come la capacità di focalizzarsi sui propri stati mentali o su quelli degli altri per la spiegazione del comportamento. Essa è quindi una capacità di autoregolazione e risulta fondamentale per l’essere umano e la sua comunicazione in quanto permette di dare senso e attribuire intenzioni al comportamento, dare forma alle relazioni interpersonali, permette la comprensione di sé e degli altri. Si parla di sviluppo della mentalizzazione intesa come terapia in quanto spesso nei pazienti con BPD esso non è stato permesso in precedenza a causa della relazione disfunzionale genitore-bambino. L’utilizzo della terapia dialettico comportamentale e della mentalizzazione viene considerato l’intervento con i risultati migliori sul paziente con BPD anche da *Evidence based care of the patient with borderline personality disorder* (Antai-Otong, 2016), spiegando che l’utilizzo di questi approcci aiuta il paziente a far luce sulla propria regolazione emotiva ed affettiva e sulla propria identità, migliorando le relazioni interpersonali e di conseguenza il funzionamento sociale.

2.1 Interventi specifici per il caso

In questa parte del capitolo descrivo gli interventi che hanno avuto un ruolo di rilevanza nel case report proposto:

- La strutturazione degli obiettivi e la collaborazione con il paziente;
- La multidisciplinarietà della presa in carico e il lavoro di rete dei servizi;
- Il gruppo;
- La relazione terapeutica;
- Il coinvolgimento familiare o del caregiver.

2.1.1 Strutturazione degli obiettivi e la collaborazione con il paziente

La linea guida NICE (2009, 2021) prevede la stesura di un piano terapeutico riabilitativo che comprenda anche il raggiungimento di obiettivi legati all'istruzione e all'inserimento lavorativo, considerando il fatto che spesso le persone con BPD hanno difficoltà in questi ambiti. Per tale motivo la linea guida raccomanda che gli operatori sanitari e sociali sviluppino piani assistenziali multidisciplinari in collaborazione con gli utenti, basati sia sul breve periodo (con interventi come l'assistenza sociale e il supporto abitativo) che sul lungo periodo (come appunto scuola e lavoro). Il piano terapeutico multidisciplinare, mirato alla pianificazione del trattamento, deve inoltre identificare ruoli e responsabilità di tutti i professionisti coinvolti, identificare gli obiettivi (come spiegato in precedenza) e specificare gli step che la persona e le altre figure effettueranno per raggiungerli. Successivamente si dovranno identificare gli obiettivi a lungo termine, che dovrebbero guidare la strategia generale di trattamento, il tutto deve essere condiviso con il paziente utente del servizio e l'intero team multidisciplinare. Tale condivisione può aiutare il paziente nello sviluppo di strategie, a fondare una buona collaborazione con gli operatori e ad incrementare la propria autoefficacia (*A qualitative study of the working alliance between patient and community mental health nurse during interpersonal psychiatric treatment. Van Vee, M et al. 2019*).

Tornando alla linea guida NICE, viene consigliato di lavorare in modo collaborativo con le persone con BPD, promuovendo l'autonomia e la capacità di scelta assicurando il loro coinvolgimento attivo nella ricerca di soluzioni ai problemi e alle

crisi, incoraggiando a considerare diverse opzioni di trattamento e le scelte di vita a disposizione, spiegandone anche gli effetti. Il trattamento va scelto sì con il paziente, ma anche tenendo in considerazione la sua disponibilità ad impegnarsi per raggiungere gli obiettivi, la motivazione al cambiamento e la gravità del disturbo. Non di minor importanza è anche la misurazione dell'effetto del trattamento sui diversi outcomes, come il funzionamento personale, l'uso di alcol e sostanze, l'autolesionismo, la depressione e i sintomi tipici del disturbo. La linea guida dell'American Psychiatric Association (2001, 2021) sostiene che, data la frequente presenza di ideazione suicidaria e di tentativi di suicidio nei pazienti con BPD, è necessaria in primis un'accurata valutazione del paziente e di dare la priorità a queste problematiche. Solo poi è opportuno proseguire con la progettazione di altri obiettivi.

2.1.2 La multidisciplinarietà della presa in carico e l'integrazione tra i servizi

Nello studio del 2016, *Evidence based care of the patient with borderline personality disorder* (Antai-Otong), viene sottolineata l'importanza di un trattamento di tipo interdisciplinare centrato sulla persona, soprattutto a causa della complessità della patologia, da affrontare su diversi fronti e con diverse figure professionali per una migliore gestione delle problematiche (ad esempio il rischio di suicidio o l'abuso di sostanze). Il tutto volto allo sviluppo di adeguate capacità di coping e un buon livello di funzionamento generale in tutte le aree della persona (dall'ambito emotivo-relazionale, a quello lavorativo/scolastico). Quando più professionisti lavorano insieme è fondamentale la collaborazione, in quanto il comportamento del paziente tende a generare tensioni e conflitti interpersonali nell'équipe e ciò interferisce con l'ottimizzazione del modello di trattamento (spesso composto dall'unione di terapia farmacologica, psicoeducazione, case management e differenti psicoterapie). Nel libro *Gruppo evolutivo e branco* (Biondo, 2020) preso in esame sono presenti considerazioni sulla presa in carico condivisa, che prevede:

- Uno specifico percorso formativo per l'operatore e l'équipe;
- La supervisione del gruppo degli operatori;

- L'integrazione della presa in carico non considerandola solamente come l'unione di più figure professionali, ma come un intervento interistituzionale che coinvolga tutte le istituzioni in campo per la gestione dell'adolescente multiproblematico, operando nel territorio e lavorando in rete anche con le famiglie degli utenti (che dovrebbero essere regolarmente convocate a farsi parte attiva del progetto di recupero dei ragazzi) e riprogettando gli interventi da effettuare a seconda dei risultati o dei fallimenti ottenuti.

Per équipe multidisciplinare si intende ad esempio quella composta da operatori delle istituzioni sociali (come il Comune) e dalle istituzioni sanitarie locali; spesso, all'interno di tale modalità di presa in carico, ogni membro viene sensibilizzato da uno o da un altro frammento della personalità dell'adolescente sofferente e ciò può rendere disfunzionali i rapporti interistituzionali. Ciò accade anche perché il gruppo interistituzionale è il luogo in cui si riflettono le problematiche del caso, come bisogni inconciliabili di individui e famiglie disfunzionali, che cercano una rappresentanza delle loro problematiche e che le riflettono sulle istituzioni che intervengono in soccorso. Per tutti i sopracitati motivi la supervisione del gruppo interistituzionale è un importante mezzo per l'équipe di cura dei ragazzi, in quanto consente al gruppo di lavoro stesso di non "perdersi" e di fare un buon lavoro nella mente dell'adolescente traumatizzato.

2.1.3 Il gruppo

Il libro che ho letto a proposito del gruppo adolescenziale (*Gruppo evolutivo e branco*, Biondo, 2020) considera quest'ultima tecnica quella d'elezione per accogliere adolescenti difficili, oltre che come un ambito in cui si può favorire l'incontro tra più generazioni permettendo la conquista della maturità e una sana socializzazione. All'interno del gruppo l'adolescente con grande sofferenza e in stallo evolutivo può riprendere il proprio percorso di sviluppo permettendo l'integrazione delle parti scisse del Sé e di conquistare la responsabilità del proprio funzionamento psichico.

Questo setting gruppale usato per gli adolescenti maggiormente disturbati (solitamente ragazzi nei quali fattori sociali negativi si sommano a fattori familiari multiproblematici) si caratterizza per:

- Essere un luogo d'incontro ma anche uno spazio educativo, che a sua volta può diventare terapeutico con l'aggiunta di componenti psicoanalitiche;
- La strutturazione degli incontri (che implica la programmazione di diverse ore al giorno per diversi giorni la settimana);
- L'essere aperto a tutti: tutti possono partecipare, a prescindere dalla patologia;
- La presenza di più figure professionali contemporaneamente, che prendono in carico i pazienti in modo gruppale;
- Lo scopo del gruppo: instillare un percorso maturativo nei ragazzi che vi partecipano incrementandone le competenze evolutive, aiutandoli nell'elaborazione della propria identità, nel contenere l'ansia della crescita, ad acquisire elementi di protezione autonoma dai comportamenti di rischio. Tutto ciò consente anche di accettare debolezze e diversità e favorisce una comunicazione sincera ed emotiva tra membri del gruppo e, di riflesso, anche con persone esterne. L'obiettivo finale del gruppo è quindi quello di implementare il bagaglio emotivo e comportamentale dei ragazzi e di dare loro la possibilità di apprendere nuove competenze e abilità (emotive, cognitive e comportamentali). Tutto questo rende il gruppo il trattamento più promettente per la cura dei pazienti con BPD, quando affiancato alla psicoterapia (Framba, Prunetti. 2004. *Un'esperienza di gruppo in un percorso di terapia integrata ispirata al modello Linehan*).

Gli ambienti educativi sono spesso rifugio dei ragazzi più problematici, restii ad utilizzare le forme tradizionali di aiuto psicologico individuale (come i servizi di aiuto alla persona o gli studi di psicoterapia). L'approccio di gruppo in questi ambienti, che aiuti il ragazzo nel percorso di elaborazione della domanda di aiuto (solitamente espressa indirettamente con comportamenti di rischio) e che favorisca la consapevolezza del proprio disagio psicologico è fondamentale perché sia possibile fornire una qualsiasi forma di aiuto, instillando

nell'adolescente anche la fiducia di poter gestire le difficoltà con adulti competenti. L'aiuto che può essere offerto non è solo mirato alla possibilità di motivarlo a intraprendere un proprio percorso psicoterapeutico, ma anche a fargli superare la tendenza ad attaccare le buone relazioni e a rassegnarsi al fallimento evolutivo. Il più importante fattore di protezione dai comportamenti di rischio per gli adolescenti è infatti la possibilità di ricorrere al gruppo dei pari (ovvero gruppi con altri ragazzi), ai genitori o ad altri adulti di fiducia. La relazione che si instaura tra i membri del gruppo o con gli adulti fornisce solitamente il contenimento necessario ai comportamenti pericolosi, perché tale relazione comporta una continua contrattazione con l'altro del limite oltre il quale ci si può spingere per affermare sé stesso. Quando non ci sono a disposizione validi ambienti di relazione, l'adolescente può trovare altri coetanei con i quali condividere e legittimare i propri comportamenti di rischio.

Secondo *Un'esperienza di gruppo in un percorso di terapia integrata ispirata al modello Linehan* (Prunetti, Framba, 2004) in generale la terapia di gruppo consente di:

- Avvalersi della solidarietà, di rispecchiarsi, di modellare i comportamenti tra i partecipanti e di cooperare nelle strategie di problem solving;
- Sviluppare abilità razionali, emotive e comportamentali;
- Modulare gli stati emozionali sperimentati dal ragazzo nei momenti di crisi.

Fondamentale è ricordare infatti che i pazienti con BPD hanno un vissuto di importante invalidazione delle proprie capacità di affrontare i problemi, vivendo in ambienti e situazioni nei quali non hanno trovato un adeguato sostegno per fronteggiare le difficoltà. Tali ambienti si definiscono "invalidanti" (Linehan 1993, 2001) e si caratterizzano appunto per l'incapacità di validare emotivamente, cognitivamente e dal punto di vista comportamentale chi ne fa parte. Da una parte questi ambienti obbligano all'autogestione assoluta delle proprie problematiche, normalizzando l'accaduto e considerando riprovevole il fatto di non essere in grado di provvedervi. A causa di ciò i pazienti borderline (che solitamente provengono da tali ambienti) sperimentano un forte senso di colpevolezza e di fallimento ogni volta in cui non sono in grado di superare le difficoltà che incontrano e questo li

spinge a comportamenti suicidari o autolesivi, piuttosto che ad altri comportamenti di rischio come l'abuso di alcol, di sostanze stupefacenti o di farmaci.

2.1.4 La relazione terapeutica

La linea guida NICE (2009, 2021) ritiene fondamentale lo sviluppo di una relazione di fiducia tra operatore e paziente, da crearsi con l'esplorazione delle opzioni di trattamento in un clima ottimistico, spiegando al paziente che la ripresa è possibile, lavorando in modo aperto e coinvolgente nei confronti del paziente, cercando di mantenere il più possibile un atteggiamento non giudicante ma che allo stesso tempo sia coerente e affidabile. Tutto ciò va fatto anche tenendo in considerazione che molte persone con BPD possono aver sperimentato rifiuti, abusi, traumi e incontrato lo stigma che spesso si associa alla patologia. Diversi sono gli studi che considerano la relazione operatore-utente un componente importante nel trattamento del disturbo borderline di personalità. Iniziando da uno studio del 2014, *Uncovering the mask of borderline personality disorder: knowledge to empower primary care providers* (Wehbe-Alamah, Wolgamott): la relazione terapeutica viene considerata come un fattore che fa parte di una combinazione di componenti fondamentali per la gestione del BPD, al pari di un ambiente supportante, la collaborazione tra operatori e l'impegno del paziente nel trattamento. *Nursing care of inpatient with borderline personality disorder* (Bland, Tudor, Whitehouse, 2007) sostiene come il lavoro dell'infermiere sia fondamentale nell'aiutare i pazienti a costruire una connessione tra le azioni auto-distruttive del paziente e i propri sentimenti, che può aiutare l'individuo ad identificare i fattori che generano stress, ad imparare a controllare sentimenti ed impulsi e ad individuare nuove prospettive di risoluzione delle crisi. Proseguendo poi con uno studio del 2016, *Evidence based care of the patient with borderline personality disorder* (Antai-Otong), emerge come l'instaurarsi di una relazione terapeutica implichi sì trasmettere empatia, ma anche mantenere chiari confini. È importante infatti che l'infermiere riconosca i propri confini personali e quelli dei propri pazienti, riuscendo a definire il proprio ruolo come operatore sanitario e non come "amico" o "salvatore" (come ad esempio in situazioni particolari come quelle di rischio di suicidio). Se ciò non venisse fatto si incorrerebbe nel rischio di confondere le

aspettative del paziente rispetto all'infermiere e alla relazione stessa, vanificando il lavoro. La creazione di relazioni funzionali con gli operatori permette di sviluppare importanti processi, fra cui la capacità di mentalizzazione, un'autostima positiva, il controllo degli impulsi e la capacità di creare altre buone relazioni. Nel 2019 *A qualitative study of the working alliance between patient and community mental health nurse during interpersonal psychiatric treatment* (Van Vee et al.) considera la relazione terapeutica come la protagonista di tutto il percorso di cura, un'alleanza di lavoro fondata sulla qualità del legame fra operatore e paziente, un accordo con obiettivi e compiti terapeutici. Nel libro *Gruppo evolutivo e branco* (Biondo, 2020) si parla di aiutare gli adolescenti politraumatizzati considerando la loro delusione nei confronti degli adulti (spesso da loro sfruttati e umiliati), la loro rabbia e violenza. Il testo perciò ipotizza di lavorare sul far sembrare la relazione umana, dalla quale si sono allontanati, appetibile e capace di evocare nuove possibilità. L'affiancamento del paziente ad una figura adulta che possa favorire l'avvicinamento del ragazzo ad adulti competenti è importante perché per adulti competenti si intendono operatori che sanno raccogliere la richiesta d'aiuto e rispondere al bisogno del ragazzo di vivere relazioni significative. Tale affiancamento di una figura di riferimento sembra essere particolarmente indicato in quelle situazioni in cui il funzionamento mentale, relazionale e sociale dell'adolescente è in stallo, con gravi difficoltà evolutive e nella percezione soggettiva della propria sofferenza, con una conseguente incapacità di riconoscere e di esprimere la necessità di aiuto. Prima che tale tipologia di intervento venga messo in atto, è opportuno che gli operatori si dotino di precauzioni che possano prepararli ai continui attacchi a cui possono essere sottoposti dai ragazzi (ad esempio con percorsi di analisi individuale o una formazione specifica) e che possano disporre di uno specifico spazio dopo ogni intervento per liberarsi di ciò che è stato percepito durante lo stesso. Tale spazio è rappresentato dalle riunioni organizzative dell'équipe e dalla supervisione.

Un esempio dell'utilizzo della relazione terapeutica potrebbe essere *Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses* (Romeu-Labayen, 2020), uno studio nel quale appuntamenti individuali tra operatore e paziente avevano lo

scopo di gestire e far imparare a gestire l'ansia, l'impulsività e le crisi in generale, permettendo al paziente di sostituire comportamenti disadattivi (come l'autolesionismo o l'abuso di sostanze) con strategie di coping adeguate. Lo studio ha dimostrato che inizialmente per i pazienti era difficile aprirsi alla relazione e applicare quanto imparato durante i colloqui, ma che poi si sono sentiti supportati nel proprio percorso, coinvolti dalla relazione e in uno spazio protetto nel quale sentirsi a proprio agio. Nello stesso studio si spiega come lo sviluppo di una relazione di fiducia nell'operatore da parte del paziente fosse facilitato quando l'infermiere mostrava segnali di interesse per la storia e i problemi del paziente, dimostrando empatia e contenimento per tutto quello che veniva espresso nei colloqui, fornendo supporto.

2.1.5 Il coinvolgimento familiare

Secondo la linea guida NICE (2009, 2021) è indispensabile il coinvolgimento familiare e dei caregiver nella presa in carico della persona con BPD e quando ciò è possibile è bene lavorare sull'eventuale presenza di gruppi di sostegno a loro dedicati. Tuttavia, la linea guida non è l'unica evidenza a porre in luce l'importanza del coinvolgimento dei cari dei pazienti nel loro trattamento: anche lo studio del 2020, *Borderline Personality Disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses* (Romeu, Labayen), riporta come gli interventi svolti sulla famiglia, con lavori di educazione e informazione sul BPD, abbiano in realtà aiutato anche i pazienti a sentirsi maggiormente accuditi e compresi dalla propria famiglia. Inoltre, l'incontro delle famiglie e dei caregiver con persone che vivevano la medesima situazione ha fornito l'occasione di imparare a condividere le emozioni e le esperienze, riducendo anche la sensazione di solitudine nella situazione e lo stress derivato dalle circostanze. Come riporta infatti un altro studio del 2020, *Support, intervention and outcomes for famiglie/carers of people with borderline personality disorder* (Sutherland, Baker, Prince), le famiglie e i caregiver di pazienti con BPD sono spesso soggetti ad alti livelli di stress, a livello psicosociale ma anche a livello economico (per quanto riguarda le spese sanitarie da sostenere). Lo studio analizza come dopo un periodo di incontri gruppalari con altre famiglie e carers gli

stessi soggetti abbiano riportato una diminuzione dello stress provato prima dell'inizio della partecipazione ai gruppi, oltre che un incremento della propria autoefficacia, della capacità di coping, di controllo per fronteggiare le differenti situazioni (soprattutto di quelle di crisi sperimentate dal proprio caro con BPD) e un miglioramento dei legami familiari. Il gruppo familiare non ha avuto esiti positivi solamente sui partecipanti, ma anche sui pazienti stessi, in quanto la formazione e il coinvolgimento della famiglia nel percorso di cura ha mostrato una miglior capacità della famiglia di prendersi cura del paziente e di soddisfare le sue necessità, riducendo la sintomatologia.

2.2 Interventi eseguiti in CTRP sulla paziente

Prima di parlare degli interventi specifici attuati con A.A. riporto sinteticamente gli ambiti su cui si è andati ad agire:

- Comportamenti disadattivi con cui la paziente affronta le situazioni di crisi (ad esempio con atti autolesionistici di self cutting e abuso di sostanze) e loro sostituzione con risposte funzionali;
- Emotività e la socialità: perché possa sviluppare, sulla base delle relazioni nate in comunità, legami sani e funzionali anche al di fuori del contesto sanitario;
- Ripresa della propria vita quotidiana (ad esempio con la ripresa scolastica), per cui è necessario un generale miglioramento del funzionamento.

Per quanto riguarda la riduzione dell'autolesionismo (inteso sia come self cutting che abuso di sostanze e alcol):

- fin dall'inizio si lavora con gli infermieri di riferimento per elaborare delle tecniche alternative a quelle autolesive per la gestione delle situazioni di crisi, ad esempio la scrittura, l'ascolto della musica, il disegno, la poesia.
- Si cerca anche di identificare, con la paziente, quali sono tutte quelle situazioni che inducono il craving o che facilitano il consumo di sostanze/alcol o che le fanno venir voglia di tagliarsi.

- Si crea una collaborazione con il servizio per le dipendenze (a cui era già nota), in modo che un servizio dedicato possa partecipare alla gestione della dipendenza della paziente.

Gli interventi effettuati come scopo del miglioramento delle relazioni della paziente, lavorando sulla sua sensibilità interpersonale e sull'emotività:

- Inizialmente si centrano sullo sviluppo di una relazione di fiducia, ma anche terapeutica, con gli infermieri di riferimento, nel tentativo di avvicinarla a delle figure adulte responsabili a cui eventualmente chiedere aiuto in caso di necessità.
- Si invita la paziente a partecipare ai gruppi strutturati (gestiti da vari professionisti, come educatori ed infermieri) dalla comunità, con l'obiettivo di abbassare il livello di tensione che la ragazza ha nei confronti degli altri, permettendole di entrare in una relazione costruttiva con gli altri e di crescere interiormente.
- Allo stesso tempo, si lavora anche dal punto di vista familiare coinvolgendo la madre in gruppi psicoeducazionali (a livello ambulatoriale, al CSM nel quale è seguita A.) e condividendo con lei la progettualità della CTRP. Anche quando A.A. non poteva uscire dalla comunità (all'inizio della sua permanenza), viene permesso alla madre di venirla a trovare.

La ripresa dell'autonomia nella vita quotidiana (spostamenti e attività scolastica):

- Inizialmente le uscite le vengono bloccate (se non accompagnate) a causa della sua fragilità (la priorità era la sicurezza della paziente). Una volta migliorata la situazione psicopatologica si programma una riduzione delle restrizioni apportate ai suoi spostamenti, permettendo quindi anche di sperimentare l'autonomia della gestione del tempo "non sorvegliato" ed elaborare tecniche personali per prevenire/evitare il craving.
- All'inizio del percorso si fa un tentativo di inserimento in didattica a distanza (anche a causa della madre che iscrive la figlia a scuola senza consultare l'équipe), ma vista la fragilità emotiva si preferisce aspettare una maggior stabilità dal punto di vista emotivo e un luogo più appetibile per lo svolgimento

di attività esterne alla comunità (CTRP a minor intensità di cura). Si intraprende perciò un percorso di psicoterapia, in accordo con la psichiatra. Tornando alla presenza di attività strutturate nella CTRP, era anche presente un gruppo tenuto dallo psicologo referente della struttura a cadenza settimanale, durante il quale si poteva parlare di qualsiasi cosa fosse successa durante la settimana e che magari avesse generato turbamenti, squilibri o dissapori.

La paziente, esternamente alla comunità, seguiva quindi un percorso psicoterapico, faceva visite psichiatriche (come progettato dal PTI e dal progetto concordato) e frequentava il servizio per le dipendenze.

2.3 Esiti ottenuti

La paziente inizialmente fatica a parlare di sé e dei propri istinti autolesivi, poi riesce ad aprirsi con i propri infermieri guida, identificando i luoghi di vita che più la spingono al craving e le situazioni che le fanno desiderare di farsi del male. Più avanti nel percorso terapeutico riesce anche ad identificare i fatti da lei percepiti come traumi. La paziente fatica comunque ad aprirsi completamente e spesso preferisce esprimersi con il disegno o con la scrittura. Tutti i giorni tiene un diario che poi fa leggere agli operatori.

La relazione di fiducia instaurata con gli operatori riesce a produrre degli esiti positivi in quanto A., nei momenti di crisi, si confida con loro o gli consegna qualcosa che ha scritto o disegnato. Per quanto riguarda la partecipazione ai gruppi, talvolta difficoltosa, A. partecipava volentieri al gruppo di disegno, durante il quale aveva l'opportunità di esprimere qualcosa (emozioni, pensieri, un fatto) con un disegno, darci un titolo e poi spiegarlo ai compagni. Il percorso della madre inizialmente è piuttosto frammentato e partecipa di rado agli incontri psicoeducazionali; tuttavia, a seguito del confronto con il medico della paziente, si dimostra un'assidua partecipatrice dei gruppi e degli incontri psicoeducazionali, durante i quali confessa le numerose difficoltà che ha nel riuscire a gestire i figli, il lavoro e la preoccupazione di non sapere bene come comportarsi con A.A..

La ripresa dell'autonomia, della libertà al di fuori della CTRP, è molto difficoltosa. Inizialmente l'incremento della fiducia data alla paziente sembra giovare alla sua

condizione, ma poi si dimostra non molto capace di gestire il craving in modo autonomo. In futuro si continuerà ad agire soprattutto in questa direzione, in modo che non venga sottovalutata la parte della dipendenza rispetto alla parte del disturbo di personalità e in un contesto che consenta di farlo in modo ottimale.

CAPITOLO 3 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

3. Premessa sui dati raccolti

Per il precedente capitolo, nel quale ho parlato degli interventi compiuti con A.A., è stato necessario svolgere un lavoro di ricerca nella letteratura scientifica. Ho analizzato gli studi che più mi sembravano pertinenti al caso proposto in questa tesi, includendo principalmente quelli che si occupavano dell'assistenza al paziente con disturbo di personalità borderline (BPD) dal punto di vista infermieristico e ciò ha notevolmente ristretto il campo degli articoli disponibili. Ho riportato in totale nove studi, tra letteratura primaria e secondaria degli ultimi vent'anni, italiana ed estera, comprensiva di un testo che conteneva due linee guida. Ho utilizzato anche un libro letto e i cui argomenti sono stati principalmente analizzati per trattare della terapia di gruppo, della relazione terapeutica e delle relazioni fra professionisti e istituzioni.

Ho svolto il lavoro di ricerca delle evidenze scientifiche all'interno di banche dati (PubMed, Cinhal, Cochrane) e su motori di ricerca generici per individuare gli studi maggiormente appropriati per il mio lavoro. Nello scrivere le stringhe di ricerca ho utilizzato prevalentemente l'operatore booleano AND (per trovare articoli che contenessero entrambe le parole della stringa di ricerca). Le principali parole chiave utilizzate sono state:

- *Borderline Personality Disorder;*
- *Nursing care;*
- *Nursing intervention;*
- *Therapeutic Relationship;*
- *Intervention;*
- *Group Intervention.*

Punto di forza del case report è il fatto che molti argomenti trattati vengono riportati in più studi e con ottimi risultati, rafforzando quanto scritto; tuttavia, la mancanza di studi che dimostrino l'effettiva efficacia dei trattamenti per il disturbo di personalità borderline porta ad avere una carenza per quanto riguarda le linee di indirizzo e le raccomandazioni per la clinica, determinando una mancanza di

indicazioni chiare sulle scelte di intervento a disposizione e l'assenza di una guida che sarebbe fondamentale considerando l'impatto sociale del disturbo in base ai dati epidemiologici.

3.1 Corrispondenza tra letteratura scientifica e interventi attuati

Dagli articoli considerati a seguito della ricerca in letteratura è emerso che gli interventi con un ruolo particolarmente importante nell'assistenza al paziente con disturbo di personalità borderline sono:

- La psicoterapia associata al trattamento farmacologico delle comorbidità (NICE 2009; APA, 2001; Bland, Tudor, Whitehouse, 2007; Wehbe-Alamah, Wolgamott, 2014; Antai-Otong, 2016);
- La progettazione degli obiettivi del percorso terapeutico condividendola con il paziente, con valutazioni periodiche (NICE, 2009; APA, 2001, Van Vee 2019);
- La collaborazione di molteplici professionisti nell'assistenza, differenti anche in base al caso (Antai-Otong, 2016; Biondo, 2020);
- La terapia di gruppo o il gruppo in generale (ad esempio di pari, di ragazzi con la stessa patologia o con situazioni simili) per la strutturazione del Sé (Biondo, 2020; Framba, Prunetti, 2004; Romeu-Labayen, 2020);
- Lo sviluppo di una relazione terapeutica (NICE, 2009; Wehbe-Alamah, Wolgamott, 2014; Bland, Tudor, Whitehouse, 2007; Antai-Otong, 2016; Van Vee, 2019; Romeu-Labayen, 2020; Biondo, 2020);
- Il coinvolgimento, quando possibile, della famiglia o del caregiver (NICE, 2009; Romeu-Labayen, 2020; Sutherland, Baker, Prince, 2020).

In base a quanto discusso nel precedente capitolo, si può dire che gli interventi effettuati in CTRP fossero piuttosto in linea con la letteratura a disposizione. La paziente seguiva un percorso psicoterapico e farmacologico, soprattutto per quanto riguardava la regolazione del tono dell'umore. La psicoterapia in questo caso veniva considerata un po' come una sorta di preparazione, perché la paziente potesse essere pronta allo sviluppo di relazioni sane e al ritorno a scuola. Come abbiamo visto, infatti, la linea guida NICE (2009) prevede che, una volta

raggiunti gli obiettivi principali stabiliti del progetto terapeutico (solitamente quelli legati alla sicurezza del paziente, APA 2001), si proceda con l'inserimento nell'ambito lavorativo e scolastico. Nel caso di A.A., come sostenuto da *A qualitative study of the working alliance between patient and community mental health nurse during interpersonal psychiatric treatment* (Van Vee et al. 2019), è stato importante sviluppare un progetto concordato all'inizio del percorso in comunità, in collaborazione con un gruppo multidisciplinare (NICE, 2009) e il case manager della paziente (figura che rappresenta il modello di presa in carico per eccellenza, *Nursing care of inpatient with borderline personality disorder*, Bland, Tudor, Whitehouse, 2007). In questo caso non erano solamente posti come prioritari gli interventi legati alla sicurezza della paziente (APA, 2001), ovvero quelli legati al rischio autolesivo, ma anche la ripresa scolastica, che si progettava dovesse accadere prima rispetto a quanto suggerito dalle linee guida. La prospettiva dell'inserimento scolastico era particolarmente apprezzata dalla ragazza, con cui è stato condiviso il progetto (anche per favorire il senso di autodeterminazione e partecipazione al processo di cura, in base alle linee guida e allo studio di Van Vee del 2019). La scuola, anche prima del ricovero, aveva per A.A. un valore di grande importanza, le piaceva l'ambiente e nella sua carta di rete (nella quale erano schematizzate le relazioni della paziente) il rapporto con la scuola e le interazioni che implicava era segnalato come una relazione importante. La progettazione viene quindi spinta verso la ripresa scolastica, che non aveva solamente lo scopo finale di istruire ed inserire in un ambiente educativo la paziente, ma assumeva anche un vero e proprio aspetto terapeutico di progettualità futura per la vita della paziente all'esterno della comunità. Con nessun altro paziente della comunità si era previsto un percorso simile e perché A. potesse studiare e seguire le lezioni le era stato dedicato uno spazio; tuttavia, nonostante i propositi, l'intervento scolastico si è rivelato essere troppo prematuro e si è posticipato il raggiungimento dell'obiettivo a momenti più opportuni, una volta raggiunta una stabilità timica e dopo aver lavorato sulle priorità dal punto di vista relazionale e dell'autolesionismo.

Secondo l'APA (2001) è fondamentale garantire come priorità assoluta la sicurezza del paziente, da qui la posizione primaria dell'autolesionismo fra gli

obbiettivi. Secondo *Borderline Personality Disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses* (Romeu-Labayen, 2020) appuntamenti individuali, che consentano di creare un solido legame, tra operatore e paziente sono un importante intervento per far sviluppare al paziente strategie di coping adeguate, sostituendo comportamenti dannosi per sé stesso. Inoltre, insieme si può anche lavorare per cercare di identificare i fattori che conducono il paziente ad una crisi, con la finalità di controllare l'angoscia che ne deriva (*Nursing care of impatient with borderline personality disorder*; Bland, Tudor, Whitehouse, 2007). Per A.A. infatti è diventato fondamentale il coinvolgimento delle figure di riferimento all'interno della comunità: gli infermieri guida, con cui è riuscita pian piano ad entrare in relazione e a lavorare per sostituire il self cutting con attività di disegno e scrittura. La scrittura soprattutto le è stata d'aiuto e questo intervento sostitutivo in generale ha ottenuto riscontri positivi anche nella letteratura scientifica, come ad esempio in *Uncovering the mask of borderline personality disorder: knowledge to empower primary care providers* (Wehbe-Alamah, Wolgamott, 2014), nel quale i pazienti con BPD traevano notevole vantaggio (soprattutto durante le crisi) dallo scrivere e condividere le proprie emozioni, o in generale tutto ciò che faticavano ad esprimere a voce.

Il progetto terapeutico prevedeva la riduzione dell'autolesionismo in tutte le sue forme, anche quello derivato dal consumo di sostanze. Inizialmente veniva sfruttata la relazione terapeutica che pian piano andava instaurandosi con gli infermieri di riferimento per far fronte alla problematica, tuttavia giunti ad un punto nel quale la situazione non poteva essere più fronteggiata dall'interno, si è iniziato a fare affidamento ad un servizio esterno alla comunità, ampliando la rete dei servizi coinvolti e aumentando il controllo sul fattore "dipendenza" di A.A.. La multidisciplinarietà del gruppo di cura, l'integrazione dei servizi, è la metodologia migliore di presa in carico del paziente multiproblematico, per far fronte a tutti i suoi aspetti, integrandoli (*Evidence Based Care of the patient with borderline personality disorder*; Antai-Otong, 2016). All'équipe si è aggiunto quindi il servizio per le dipendenze (Ser.D.), che proponeva sportelli di ascolto con personale appositamente formato e si sono programmati anche controlli "a sorpresa" per

verificare l'eventuale continuazione del consumo di droga. Come affermato prima, questo legame con il Ser.D. non viene creato subito, ma a seguito di ricadute della paziente che hanno dato come conseguenza la necessità di ampliare la modalità di risposte efficaci alle sue problematiche. I controlli antidroga a sorpresa chiaramente non sono stati condivisi con la paziente, in modo da non comprometterne l'efficacia. Questo va contro tutte le evidenze scientifiche individuate nel capitolo precedente, che prevedono la massima condivisione di tutto ciò che riguarda il percorso terapeutico, tuttavia la priorità era stata assegnata alla sicurezza della paziente e degli altri utenti (sempre da mantenere come fondamentale secondo la linea guida APA del 2001), oltre che alla necessità di sapere se la paziente facesse uso di sostanze. Nonostante ciò la paziente ha risposto alla novità del Ser.D. in senso positivo, dimostrando consapevolezza delle proprie azioni e della sua difficoltà nel controllo degli impulsi di craving (DSM-V-TR), oltre che volontà di partecipare attivamente alla propria riabilitazione e dimostrandosi volenterosa di modificare i comportamenti che non potevano essere accettati. Tuttavia, questa problematica (della dipendenza) è stata quella più critica per tutta la durata del percorso terapeutico e ha determinato una ricaduta che è stata successivamente presa in carico in modo differente da una struttura maggiormente dedicata alla cura di questo tipo di problematiche.

Continuando a parlare dell'integrazione dei servizi, per la paziente era attiva una collaborazione con il CSM, al quale rimaneva collegata per le regolari visite psichiatriche e gli incontri di psicoterapia. A riguardo delle figure professionali all'interno della comunità si trovavano: il medico psichiatra e lo psicologo referente, educatori ed infermieri. Un'équipe interna che collaborava e svolgeva incontri settimanali per fare il punto della situazione di tutti gli ospiti della struttura, con valutazioni periodiche dei percorsi terapeutici e durante le quali si osservavano i risultati ottenuti ed eventualmente si modificavano gli obiettivi posti. La rivalutazione degli obiettivi è infatti fondamentale per la prosecuzione effettiva del percorso terapeutico, perché una volta raggiunti gli obiettivi posti a breve termine si determinino propositi più a lungo termine, come era la frequenza scolastica (NICE, 2009).

Dell'équipe, coloro che erano maggiormente a contatto con la paziente erano gli infermieri e gli educatori, e non solo in funzione di operatori, ma anche come guide dei gruppi che venivano svolti in CTRP. La tipologia di gruppo maggiormente considerata dalla letteratura scientifica si caratterizza per la componente di tipo psicologico, determinata dalla presenza della figura dello psicologo. Il gruppo permette lo sviluppo della maturità e di una sana socializzazione (*Gruppo evolutivo e branco*; Biondo, 2020) e crea un contesto nel quale il ragazzo politraumatizzato (come può essere ad esempio un ragazzo con BPD) può ampliare il proprio bagaglio emotivo e comportamentale (*Un'esperienza di gruppo in un percorso di terapia integrata ispirata al modello Linehan*; Framba, Prunetti, 2004). La maggior parte delle attività comunitarie veniva svolta in gruppo, dalla programmazione della giornata e le pulizie, al fare attività educative, di ascolto musica, di gioco, di disegno. Non erano quindi gruppi volti "solamente" al rispondere al bisogno di sostegno e allo sviluppo psicologico della paziente, ma anche a permetterle semplicemente di socializzare, legare con gli altri ragazzi, creare rapporti e imparare. I principali gruppi tenuti non erano di tipo psicoterapico (che si faceva una volta la settimana, con lo psicologo referente della struttura), ma si tenevano con educatori e infermieri che guidavano il gruppo e ne stendevano un "verbale" da poter rileggere e su cui confrontarsi tra operatori in seguito per individuare eventuali criticità. È infatti molto importante che gli operatori abbiano il tempo e lo spazio in cui rielaborare quanto avviene all'interno delle attività svolte, che siano di gruppo o in modalità di colloquio, in modo da liberare impressioni, emozioni, percezioni sui pazienti e situazioni di difficoltà emerse (*Gruppo evolutivo e branco*; Biondo, 2020).

Nonostante uno degli scopi dei gruppi strutturati in comunità fosse quello di facilitare la socializzazione e di creare relazioni sane in modo da permettere una strutturazione della personalità (*Gruppo evolutivo e branco*; Biondo, 2020) della ragazza, la relazione terapeutica con gli infermieri di riferimento aveva una funzione altrettanto importante sul versante relazionale. Nello specifico però la relazione terapeutica cerca di rendere appetibili i rapporti con gli adulti, da cui spesso i ragazzi politraumatizzati si allontanano. Lo scopo finale è quello di restituire la fiducia nel futuro dei ragazzi, facendosi punto di riferimento e

aiutandoli a formulare un'eventuale richiesta d'aiuto (*Gruppo evolutivo e branco*; Biondo, 2020). Per A.A. gli infermieri guida si facevano sì portavoce del progetto terapeutico, ma avevano anche l'obiettivo fondamentale di ristabilire un rapporto di fiducia negli adulti che nella paziente risultava essere piuttosto compromesso (ad esempio il rapporto ambivalente che ha con la madre, come emerge dai suoi racconti). Si lavorava sulla stabilità della relazione, facendosi figure presenti e solide, capaci di contenere impulsi ed emozioni della paziente.

Per quanto riguarda il rapporto madre-figlia, si è intervenuti invitando la madre ai gruppi che settimanalmente venivano svolti a supporto delle famiglie dell'utenza della CTRP. Infatti secondo la linea guida NICE (2009) è fondamentale l'inclusione della componente familiare nel percorso di cura e secondo *Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses* (Romeu, Labayen, 2020) gli interventi volti all'educazione e al sostegno della famiglia hanno riportato degli ottimi risultati anche nel benessere dei pazienti. Per quanto riguarda A.A. si cercava un punto d'incontro con la madre in modo da poterle permettere di avere le competenze adeguate per migliorare la relazione con la figlia, acquisendo nuove conoscenze sulla patologia e incontrando altri genitori con storie simili con cui confrontarsi e trovare un ambiente sicuro e di condivisione. All'inizio la madre faticava a partecipare all'attività di gruppo, ma in seguito è stata ben contenta di far parte del gruppo dei genitori.

3.2 La personalizzazione degli interventi

Perché l'approccio sia realmente utile e centrato sulla persona è necessaria una personalizzazione dell'assistenza (*Evidence based care of the patient with borderline personality disorder*; Antai-Otong, 2016), che prevede la calibrazione degli interventi tipicamente utilizzati nella cura del paziente con disturbo borderline di personalità sulla base della motivazione al cambiamento del paziente stesso e della gravità della patologia (NICE, 2009). Al contrario, la standardizzazione del percorso terapeutico porta ad una minor inclusione del paziente, con il conseguente rischio di minor compliance del paziente al trattamento proposto e maggiori difficoltà nella strutturazione di nuove strategie di coping (*A qualitative*

study of the working alliance between patient and community mental health nurse during interpersonal psychiatric treatment; Van Vee, 2019).

Come visto nel paragrafo precedente, gli ambiti maggiormente considerati nell'individualizzare la tipologia di percorso da effettuare con A.A. sono stati:

- La progettualità scolastica: solitamente questo intervento non viene effettuato così precocemente nel percorso terapeutico, ma assecondando il desiderio di madre e figlia si fa un tentativo di reinserimento scolastico. Si cerca quindi di sfruttare la situazione dal punto di vista terapeutico e di considerare l'opportunità come la possibilità per la paziente di sviluppare un senso di autodeterminazione e consapevolezza per la creazione del proprio futuro.
- Il coinvolgimento del servizio Ser.D. e controlli periodici a sorpresa: soprattutto questi ultimi in genere non vengono effettuati in un caso e in condizioni simili, anche per quanto riguarda il contesto a cui ci riferiamo. Esso infatti prevede la gestione di casi non in acuto e il consumo di sostanze starebbe a significare il contrario. Tuttavia i controlli risultano essere necessari vista la difficoltà con la quale la paziente resiste ai propri impulsi, anche a costo di non rispettare la letteratura che consiglia la condivisione totale degli interventi sul progetto di cura con il paziente.
- Programmazione di uscite libere nonostante il rischio di ricadute (non indagate come intervento specifico): viene permesso alla paziente di uscire, nonostante in casi simili la tendenza sarebbe quella di mantenere il paziente sotto una stretta osservazione (ideale nelle situazioni nelle quali la sicurezza del paziente, che in questo caso può essere inteso come l'uso di sostanze, è a rischio). Affidare alla paziente la gestione autonoma del proprio tempo esterno alla comunità, permetterle di avere l'opportunità di muoversi in libertà e di sperimentare sulle acquisite buone capacità di coping è fondamentale per la prosecuzione del suo percorso terapeutico.

3.3 Difficoltà incontrate nel caso di A.A.

Come visto dall'analisi degli interventi e degli esiti ottenuti (nel precedente capitolo), ma anche osservando lo svilupparsi degli accadimenti della paziente nel periodo di permanenza in CTRP (nel primo capitolo), emergono delle difficoltà importanti che condizionano il percorso terapeutico e la successiva e differente nuova presa in carico della paziente.

Nel periodo antecedente all'ingresso in comunità la ragazza effettua numerosi ricoveri, dai quali esce per essere rimandata a casa, ovvero l'ambiente che si caratterizza per responsabilizzare A.A. dei propri problemi, obbligandola all'autogestione (che a lungo andare sfocia in dipendenza da sostanze) e che le fa sperimentare un forte senso di colpevolezza, di fallimento (come spesso emerge dagli scritti che consegna agli infermieri di riferimento) e a comportamenti autolesivi (Linehan 1993, 2001). L'inserimento in un contesto protetto risulta quindi relativamente tardivo, che si manifesta solamente a seguito di numerose richieste d'aiuto (espresse con agiti autolesionistici e abuso di sostanze, con i conseguenti ricoveri accennati sopra), mentre la presa in carico multidisciplinare inizialmente non prevede il coinvolgimento del Ser.D.. Il "fattore dipendenza" infatti al principio non è stato considerato così presente come poteva esserlo l'agito autolesionistico o la relazione ambivalente con la madre, anche perché la paziente per un periodo dall'ingresso in comunità non poteva uscire e non aveva modo di procurarsi sostanze. L'aumento della libertà che viene concessa alla paziente determina la ripresa dell'uso e solo allora si interviene instaurando una collaborazione con il Ser.D..

Continuando a parlare di collaborazione tra servizi, essi molto spesso sono problematici e talvolta si trovano su piani istituzionali differenti (Biondo, 2020) rendendo difficile la vera e propria integrazione dei servizi per la presa in carico globale. Nel caso di A.A. i rapporti tra comunità e CSM venivano mediati dagli infermieri di riferimento e a volte tale collegamento interistituzionale era complicato sull'aggiornamento dell'andamento della paziente e sui permessi di uscita accordati (che dovrebbero essere condivisi anche dal medico della paziente).

Inizialmente l'équipe di lavoro incontra delle difficoltà nel coinvolgere la madre nel gruppo dei genitori degli altri ragazzi della comunità. L'iniziale inconsapevolezza delle condizioni psicopatologiche della figlia la spingono ad iscriverla a scuola, pensando di farlo per il bene della figlia. La situazione non è stata troncata sul nascere da parte dell'équipe in quanto assecondare la madre era necessario per riuscire ad "agganciarla" e renderla partecipe del progetto di cura della figlia; l'assenza di collaborazione, infatti, avrebbe sicuramente determinato il completo fallimento degli obiettivi posti. L'équipe svolge quindi un lavoro di mediazione per permettere alla ragazza di frequentare la scuola in didattica a distanza (DAD), con orario ridotto e con l'accordo degli insegnanti (con i quali gli infermieri di riferimento tenevano i contatti, sempre nel rispetto della riservatezza della situazione della paziente). Tale lavoro di mediazione si svolge perché la priorità, al tempo, era quella legata alla sicurezza della paziente ed era necessario che rimanesse all'interno della comunità, tuttavia, viste le buone capacità scolastiche e il favore degli insegnanti, si tenta l'avvio della progettualità scolastica. Grazie al lavoro svolto per cercare di assecondare i desideri di madre e figlia e i colloqui con il medico della figlia, la partecipazione della signora ai gruppi genitoriali diviene più assidua e le permette di essere aiutata nella gestione dello stress legato alle situazioni alle quali deve far fronte. Per quanto riguarda la scuola di A.A., dopo qualche settimana dimostra di essere ancora troppo fragile e la concentrazione necessaria alla prosecuzione del percorso viene a mancare.

3.4 Implicazioni per la pratica

Nel trattamento del blocco evolutivo è fondamentale il trattamento precoce, tale da non permettere una pericolosa progressione delle compromissioni che comporta, peggiorandole e rendendole permanenti (Nicolò, 2021). Ed ecco che quindi la presa in carico tempestiva dei giovani con disturbo di personalità, o breakdown evolutivo più in generale, è una parte fondamentale per costruire un buono ed efficace trattamento ai giovani politraumatizzati e con disagio psicologico.

Ciò che è poi emerso dal caso clinico è l'importanza del rendere l'intervento terapeutico affine al paziente e assecondare le sue preferenze, ma che è anche fondamentale porre attenzione ai limiti della sua condizione clinica in quel preciso

momento e alle richieste d'aiuto implicite che vengono inviate (come può essere una ricaduta). Per riuscire ad intervenire nel modo migliore possibile in ogni fase del processo terapeutico non è da ignorare l'importanza della rivalutazione del caso con i suoi obiettivi ed esiti ottenuti in un determinato periodo, in modo da permettere un adattamento del percorso che segua ogni passo compiuto dai progressi del paziente (NICE, 2009; APA, 2001). Ad esempio, la linea guida APA (2001) consiglia di optare per obiettivi ed interventi a scopo riabilitativo e scolastico solamente dopo aver lavorato in modo approfondito e aver stabilizzato le situazioni di rischio. Lo stesso vale per la linea guida NICE (2009), per la quale è sì opportuno programmare l'inserimento sociale a livello scolastico e lavorativo, ma in previsione di una dimissione e non come presupposto iniziale del progetto di lavoro.

Come abbiamo visto, le comorbilità del disturbo di personalità borderline possono essere numerose (DSM-V-TR, 2022) e per tutte queste problematiche è necessaria una presa in carico di tipo globale che preveda la multidisciplinarietà degli operatori e dei servizi coinvolti (Antai-Otong, 2016) in modo da poter lavorare in modo preventivo sulle ricadute e facilitare l'ingresso del paziente alle strutture dedicate alla problematica specifica (Biondo, 2020). La presa in carico globale, assieme alle scale di valutazione (nel caso di A.A. sono state utilizzate le scale VGF/GAF per la valutazione iniziale e HoNos per la valutazione iniziale, periodica e alla dimissione), consente di elaborare un progetto concordato terapeutico individuale e completo, che tenga in considerazione tutte le problematiche presenti e anche la famiglia del paziente (quando presente). La famiglia infatti andrebbe inclusa sempre, viste le potenzialità di sviluppo terapeutico (Nicolò, 2021). Gruppi dedicati ai caregiver degli utenti, con operatori adeguatamente formati, potrebbero essere la risposta alle situazioni di stress generate nelle famiglie dalla condizione del proprio caro (NICE, 2009). Se ai gruppi di sostegno per le famiglie viene aggiunta una componente educativa ecco che i caregiver possono aumentare la propria autoefficacia e la capacità di prendersi cura del proprio caro a casa (Sutherland, Baker, Prince, 2020). È infatti da considerare il fatto che l'ambiente familiare è quello nel quale i ragazzi sono immersi ed è utile concludere che un ambiente familiare sano può aiutare il

paziente al di fuori dei contesti protetti ai quali è necessario ricorrere nei casi di famiglie non collaboranti (Nicolò, 2021).

3.5 Conclusioni

Gli aspetti del caso clinico che più hanno risentito delle difficoltà incontrate con A.A. sono stati quelli legati alla dipendenza. La presa in carico iniziale probabilmente non la considerava come una problematica prioritaria e radicata. Ciò ha spinto l'équipe a non agire subito in questo senso, a scopo preventivo delle ricadute determinate dall'addiction, anche pensando che essa potesse essere risolta (o per lo meno ben gestita) con l'intervento sull'autolesionismo in generale, ovvero con l'instaurarsi di una relazione terapeutica volta ad aiutare la paziente a sviluppare abilità di coping adeguate. Il legame con il servizio per le dipendenze (Ser.D.) quindi si crea solo a seguito di crisi che dimostrano quanto la problematica sia radicata nella paziente e al termine del periodo di permanenza di A. in comunità il Centro di Salute Mentale (CSM) progetta un'assistenza volta alla migliore gestione della situazione di doppia diagnosi (nella quale si ha la compresenza di una patologia psichiatrica e di addiction, che possono anche non essere correlate fra loro).

Interventi specifici per il trattamento della dipendenza possono essere (Sanza, n.d.):

- gruppi terapeutici e di auto-aiuto contro l'abuso di sostanze;
- valutazione specialistica tossicologica;
- case management;
- counseling individuale;
- sostegno individuale per la gestione delle attività domestiche;
- farmacoterapia e gestione dei farmaci;
- riabilitazione psicosociale;
- interventi psicoeducazionali con le famiglie.

A differenza del Ser.D, la CTRP permette ai professionisti di prendere in carico la quotidianità del soggetto e di lavorare con lui costantemente; la relazione fra le due istituzioni rimane comunque fondamentale in quanto la prima ne conosce la

storia (la paziente era infatti in carico al servizio già prima dell'ingresso in comunità) e la seconda permette di osservare la persona a tutto tondo. L'intervento congiunto perciò è la miglior risposta alla problematica, oltre alla valutazione a tutto tondo da parte dell'équipe multidisciplinare.

La problematicità del caso, come visto in precedenza, stava anche nel riuscire a connettere adeguatamente i "pilastri" istituzionali del caso di A.A.: la CTRP e il CSM. La presenza di spazi dedicati e specifici incontri è la soluzione migliore per garantire una pari ed uniforme presa in carico (Biondo, 2020).

Nonostante le importanti difficoltà in questo lavoro di case report si è anche evidenziato come alcuni degli interventi effettuati sulla paziente abbiano riportato dei buoni risultati: al momento dell'uscita della paziente dalla comunità la ragazza aveva infatti sviluppato dei buoni rapporti sia con gli altri utenti giovani sia con gli infermieri guida. Con gli ultimi A.A. parlava di sé e si confidava nei momenti di crisi e lavorando assieme si era riusciti ad ampliare le sue capacità di coping, sostituendo i comportamenti disfunzionali con il disegno, la tenuta di un diario, la scrittura di ciò che la angosciava. Lavorando in questo senso le sue abilità di gestione delle crisi sono migliorate, riducendo gli agiti autolesivi di self cutting e permettendole di avere il genere di supporto e contenimento emotivo la cui assenza ha caratterizzato la sua adolescenza.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (APA). (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV).

American Psychiatric Association (APA). (2001). *Treatment of patient with borderline personalità disorder*. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Pub.

American Psychiatric Association (APA). (2022) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V-TR).

Ancona, V., Cimbelli, P., Costa, S., et al. (2011) *I segnali precoci e diagnosi di disturbo di personalità: studio multicentrico su casistica in adolescenza*. Giornale Neuropsichiatria Età Evolutiva; 31 (Suppl.1) pg 21-28.

Antai-Otong, D. (2016). *Evidence based care of the patient with borderline personalità disorder* Nursing Clinics of North America volume 38, issue 1.

Aruta, C. (n.d). *Lo sviluppo psicosessuale*. Disponibile in: Lo sviuppo psicosessuale di Sigmund Freud. Orale, anale, edipica, latenza, genitale (mediazionefamiliaremilano.it)

Aruta, C. (n.d.). *I meccanismi di difesa dell'io*. Disponibile da: http://www.mediazionefamiliaremilano.it/psicologia/meccanismi_difesa_io.shtml

Aulss6 Veneto. *Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta CTRP*. <https://www.aulss6.veneto.it/Comunit-Terapeutica-Riabilitativa-Protetta-CTRP>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 46(12), 872-873.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.

Biolzi, F. (Luglio-Agosto 2021) *L'io è sempre in rapporto con l'altro. Intervista a Anna Maria Nicolò* in *Exagère rivista. Contributi e riflessioni di sociologia, psicologia, pedagogia, filosofia*. Anno VI, n° 7-8.

Bion, W. (1981) *Il cambiamento catastrofico*. Editore Loescher.

Biondo, D. (2020). *Gruppo evolutivo e branco. Strumenti e tecniche per la prevenzione e la cura dei nuovi disagi degli adolescenti*. Ed. Franco Angeli. Milano.

Bland, D., Tudor, G., Whitehouse, D. (2007). *Nursing care of inpatient with borderline personality disorder*. *Perspectives in Psychiatric Care* Vol. 43, No. 4, October, 2007.

Bressi, C., Invernizzi, G. (2008) *Psichiatria clinica, applicazioni in medicina generale*. Milano: McGrawHill editore.

Casey, P., Brendan, K. (2009). *Segni e sintomi in psichiatria*. Fisiopatologia Clinica. Torino: Centro Scientifico Editore.

Castelli, C., Sbatella, F. (2008) *Psicologia del ciclo di vita*. Milano: Franco Angeli editore.

Colombo, G. (2010) *Elementi di psichiatria*. Padova: Cooperativa Libreria Editrice Università di Padova.

Di Cesare, M., Magliocchetti, N., Romanelli, M., Santori, E. (Ottobre 2021). *Rapporto salute mentale – Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), anno 2020*. Disponibile in: <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

Fonagy, Peter, Patrick, Luyten, Lane, Strathearn. (2011) *Borderline personality disorder, mentalization and the neurobiology of attachment*. *Infant Mental Health Journal* 32 (1): 47-69.

Framba, R., Prunetti, E. (2004) *Un'esperienza di gruppo in un percorso di terapia integrata ispirata al modello Linehan*. *Cognitivismo clinico* 1, 2, 149-163.

Invernizzi, G. (2006) *Manuale di psichiatria e psicologia clinica*. 3° edizione. Milano: McGrawHill editore.

Istituto nazionale di statistica (ISTAT). (2017) *La salute mentale nelle varie fasi della vita (report 2015-2017)*. Disponibile in: <https://www.istat.it/>

Klonsky, D. (2007) *The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence*. *Clinical Psychology Review* 27: 226-239.

Laufer, M., Laufer, E. (1986) *Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic view*. Bollati Boringhieri.

Lenzenweger, Mark F., Michael C., Lane, Armand W., Loranger, Ronald C., Kessler. (2007) *DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. National Institute of Health. *Biol Psychiatry* 62 (6): 553-564.

Lineahn M. (1993). *Cognitive behavioural treatment for borderline personality disorder*. Guilford Press, New York. Tr. It. Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico. Cortina, Milano 2001.

Lo Conscio, A. (1973) *Considerazioni sui meccanismi di difesa*. Disponibile in: https://www.rivistapsicologianalitica.it/v2/PDF/5-2-1974-Psicoterapia_infantile/V-2-1974_Cap9.pdf

Ministero della Salute (2020) *Relazione del Ministero della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.03.2002 n° 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"*. Disponibile in: <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2009) *Clinical guideline, Borderline personality disorder: recognition and management*. Pubblicato: 28 January 2009 www.nice.org.uk/guidance/cg78.

Nicolò, A. M. (2021) *Rotture evolutive, psicoanalisi dei breakdown e delle soluzioni difensive*. Milano: Raffaello Cortina editore pg. 54.

Nicolò, G. et al. (2021) *Sintesi delle evidenze scientifiche e delle linee guida per il trattamento del disturbo borderline e antisociale di personalità..* Cognitivism clinico 18, 1, 41-66.

Prunetti, E., Mansutti, F. (2013) *La terapia basata sulla mentalizzazione (MBT). Caratteristiche distintive.* Franco Angeli edizione.

Research Unit of Royal College (1993) *Healt of the Nation Project.* British Department of Health.

Romeu-Labayen, M. et al. (2020). *Borderline personalità disorder in a community setting: service users' experiences of the theapeutic relationship with mental health nurses .* International Journal of Mental Health Nursing 29, 868–877.

Rossi, R., Ridolfi, M., E. (2020). *Borderline personality disorder in young people: state of the art and future plans in Italy.* In: Current Opinion in Psychology-Elsevier 2021, 37: 61-65.

Sanza, M. n.d. *Gestione del paziente con doppia diagnosi e disturbi di personalità gravi Modelli d'integrazione CSM-SERT nella gestione doppia diagnosi.* Direzione Ser.T Azienda USL di Cesena

Storebø, O. J. Et al. (2020). *Psychological therapies for people with borderline personality disorder.* Cochrane Database of Systematic Reviews.

Sutherland, R., Baker, J., Prince, S. (2020). *Support, intervention and outcomes for famiglie/carers of people with borderline personality disorder.* Personality and Mental Health 14: 199–214.

Tomko, Rachel, Timothy, Trull, Phillip, Wood, Kenneth, Sher. (2014) *Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization and general functioning.* National Insitute of Health. J Pers. Disord. 28 (5): 734-750.

Van Vee, M. et al. (2019). *A qualitative study of the working alliance between patient and community mental health nurse during interpersonal psychiatric tratmen,* Issues in Mental Health Nursing.

Wehbe-Alamah, H., Wolgamott, S. (2014). *Uncovering the masck of borderline personality disorder: knowledge to empower primary care providers*. Journal of the American Association of Nurse Practitioners 26, 292-300.

ALLEGATI

Tabella 1.3.1- Utenti presenti in strutture territoriali psichiatriche per gruppo diagnostico, sesso e fasce d'età - tassi per 10.000 abitanti (Rapporto 2020 del Ministero della Salute con dati forniti dal SISM).

Gruppo Diagnostico	Maschio							Totale Maschio
	Fasce d'età							
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Alcolismo e tossicomanie	3,5	4,9	4,5	4,2	2,9	1,2	0,4	3,2
Altri disturbi psichici	8,2	6,7	6,7	8,7	9,7	4,9	2,7	7,0
Assenza di patologia psichiatrica	6,3	5,4	5,6	5,7	5,6	4,3	4,2	5,3
Demenze e disturbi mentali organici	0,9	1,4	1,8	2,5	3,5	5,9	16,9	4,6
Depressione	10,7	13,4	17,4	26,5	38,0	28,0	17,8	23,1
Diagnosi in attesa di definizione	10,5	9,2	8,8	9,7	9,8	6,9	5,4	8,7
Disturbi della personalità e del comportamento	11,8	12,2	13,2	15,3	12,2	5,9	1,6	10,7
Mania e disturbi affettivi bipolari	3,4	7,2	10,2	14,4	16,4	12,4	5,2	10,8
Ritardo mentale	8,3	7,2	6,4	6,4	4,3	2,2	1,3	5,1
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	19,7	34,1	44,7	54,5	46,3	25,0	7,8	36,0
Sindromi nevrotiche e somatofomi	15,6	17,6	16,7	18,4	18,3	11,9	6,8	15,5
ITALIA	99,1	119,4	136,1	166,3	167,0	108,6	70,2	129,8
Gruppo Diagnostico	Femmina							Totale Femmina
	Fasce d'età							
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Alcolismo e tossicomanie	0,8	1,0	1,1	1,3	1,2	0,6	0,2	0,9
Altri disturbi psichici	20,8	12,6	12,4	14,5	13,9	7,8	3,1	11,5
Assenza di patologia psichiatrica	5,8	4,1	4,7	5,0	5,0	3,8	3,2	4,4
Demenze e disturbi mentali organici	0,9	1,0	1,3	1,9	2,9	6,3	20,9	5,7
Depressione	14,6	18,2	28,8	46,3	64,6	52,6	26,8	38,8
Diagnosi in attesa di definizione	11,0	8,5	9,3	10,9	11,4	8,9	6,1	9,4
Disturbi della personalità e del comportamento	15,5	11,0	11,0	13,8	12,3	6,5	1,7	9,8
Mania e disturbi affettivi bipolari	3,3	5,8	10,9	17,4	22,3	17,6	6,3	13,0
Ritardo mentale	5,3	4,3	4,2	4,4	3,4	2,1	1,6	3,4
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	7,0	12,8	22,6	34,7	38,7	29,2	11,2	24,2
Sindromi nevrotiche e somatofomi	21,6	21,7	23,2	25,1	25,3	17,8	8,3	20,3
ITALIA	106,5	101,0	129,4	175,2	201,1	153,3	89,5	141,4
Gruppo Diagnostico	Fasce d'età							Totale
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Alcolismo e tossicomanie	2,2	3,0	2,8	2,8	2,0	0,9	0,3	2,0
Altri disturbi psichici	14,2	9,6	9,5	11,6	11,9	6,5	3,0	9,3
Assenza di patologia psichiatrica	6,1	4,8	5,1	5,3	5,3	4,0	3,6	4,8
Demenze e disturbi mentali organici	0,9	1,2	1,6	2,2	3,2	6,1	19,3	5,1
Depressione	12,6	15,8	23,1	36,5	51,7	41,0	23,2	31,2
Diagnosi in attesa di definizione	10,7	8,9	9,1	10,3	10,6	8,0	5,8	9,0
Disturbi della personalità e del comportamento	13,6	11,6	12,1	14,5	12,2	6,2	1,7	10,3
Mania e disturbi affettivi bipolari	3,3	6,5	10,6	15,9	19,5	15,1	5,9	11,9
Ritardo mentale	6,9	5,8	5,3	5,3	3,8	2,2	1,5	4,2
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	13,6	23,7	33,7	44,5	42,4	27,2	9,9	29,9
Sindromi nevrotiche e somatofomi	18,5	19,6	20,0	21,8	21,9	15,0	7,7	18,0
ITALIA	102,6	110,4	132,7	170,8	184,5	132,1	81,7	135,8

Scala di valutazione del funzionamento del paziente (Research Unit of Royal College, Health of the Nation Project, British Department of Health, 1993).

HoNOS		PUNTEGGIO								
0= nessun problema 1= problema lieve, che non richiede interventi 2= problema di gravità modesta ma sicuramente presente 3= problema di media gravità 4= problema da grave a gravissimo 9= mancano informazioni		Lieve ← → grave					NON NOTO			
		0	1	2	3	4	9			
1.	Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati									
2.	Comportamenti deliberatamente autolesivi									
3.	Problemi legati all'assunzione di alcool o droghe									
4.	Problemi cognitivi									
5.	Problemi di malattia somatica o disabilità fisica									
6.	Problemi legati ad allucinazioni o deliri									
7.	Problemi legati all'umore depresso									
8.	Altri problemi psichici e comportamentali*									
	Problema più grave <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>AN</td> <td>OC</td> <td>DI</td> </tr> </table>	AN	OC	DI	SS	AL	SO	SE	MA	AP
AN	OC	DI								
9.	Problemi relazionali									
10.	Problemi nelle attività della vita quotidiana									
11.	Problemi nelle condizioni di vita									
12.	Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative									

*SEGNARE SIA IL PUNTEGGIO CHE IL CODICE DEL PROBLEMA PIÙ GRAVE:

AN = ansia e fobie	SS = sintomi somatoformi	SE = problemi sessuali
OC = ossessioni compulsioni	AL = problemi dell'alimentazione	MA = umore euforico
DI = sintomi dissociativi ("di conversione")	SO = disturbi del sonno	AP = altri problemi

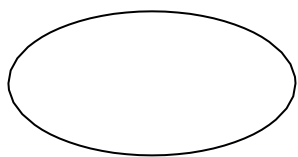
Scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF)

Considerare il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo nell'ambito di un ipotetico continuum salute-malattia mentale. Non includere le menomazioni del funzionamento dovute a limitazioni fisiche (o ambientali).

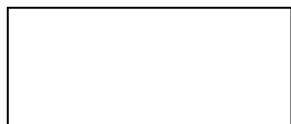
Codice	(Nota: usare codici intermedi, ove necessario, per es. 45, 68, 72)
100	Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive. Nessun sintomo.
91	
90	Sintomi assenti o minimi (es.: ansia lieve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es.: discussioni occasionali coi membri della famiglia).
81	
80	Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti (es.: difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare); lievissima alterazione del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico (es.: rimanere temporaneamente indietro nello studio).
71	
70	Alcuni sintomi lievi (es.: umore depresso e insonnia lieve). Oppure alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: alcune assenze ingiustificate da scuola, o furti in casa), ma in genere funziona abbastanza bene, e ha alcune relazioni interpersonali significative.
61	
60	Sintomi moderati (es.: affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico). Oppure moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico (es.: pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro).
51	
50	Sintomi gravi (es.: idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi). Oppure qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: nessun amico, incapace di conservare un lavoro).
41	
40	Alterazioni nel test di realtà o nella comunicazione (es.: l'eloquio è talvolta illogico, oscuro o non pertinente). Oppure menomazione grave in alcune aree, quali il lavoro o la scuola, le relazioni familiari, la capacità di giudizio, il pensiero o l'umore (es.: il depresso evita gli amici, trascura la famiglia ed è incapace di lavorare; il bambino picchia frequentemente i bambini più piccoli, è provocatorio in casa e non rende a scuola).
31	
30	Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni. Oppure grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio (es.: talvolta incoerente, agisce in modo grossolanamente inappropriato; idee di suicidio). Oppure incapacità di funzionare in quasi tutte le aree (es.: resta a letto tutto il giorno; non ha lavoro, casa o amici).
21	
20	Qualche pericolo di far del male a sé stesso o agli altri (es.: tentativi di suicidio senza una chiara aspettativa di morire, frequentemente violento, eccitamento maniacale). Oppure occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima (es.: si sporca con le feci). Oppure grossolana alterazione della comunicazione (es.: decisamente incoerente o mutacolo).
11	
10	Persistente pericolo di far del male in modo grave a sé stesso o agli altri (es.: violenza ricorrente). Oppure persistente incapacità di mantenere la igiene personale minima. Oppure grave gesto suicida con chiara aspettativa di morte.
1	
0	Informazioni inadeguate.

Scala di Valutazione Globale del Funzionamento (APA, DSM-IV, 1994)

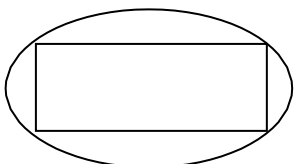
Legenda per la lettura della carta di rete della paziente:



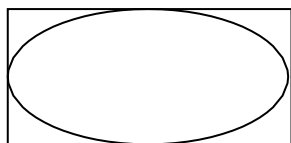
RETI PRIMARIE: famiglia, amici, vicini, colleghi/compagni.



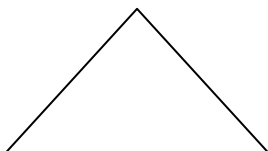
RETI SECONDARIE FORMALI: istituzioni sociali o sanitarie.



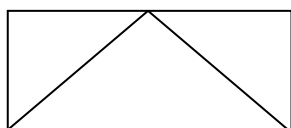
RETI SECONDARIE INFORMALI: scambi di solidarietà.



RETI SECONDARIE DEL TERZO SETTORE: volontariato organizzato, cooperative sociali, associazioni, fondazioni.



RETI SECONDARIE DI MERCATO: aziende, fabbriche, negozi.



RETI SECONDARIE CON SCAMBI DI DIRITTO E DENARO: casa di cura, cassa integrazione.

Tipologie di legami:



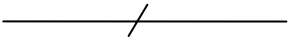
Forti



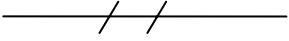
Deboli



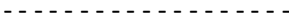
Conflittuali



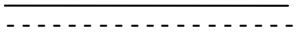
Interrotti, sfaldati



Rottura, separazione legale, divorzi



Discontinui



Ambivalenti

