UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Neuroscienze (DNS)

Direttore Prof. De Caro Raffaele

Corso di Laurea in

EDUCAZIONE PROFESSIONALE

PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI

Tesi di Laurea

LA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE DEI SOGGETTI CON DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: L'UTILIZZO DELLE ATTIVITÀ DI SOCIAL SKILLS TRAINING NELL'AMBITO DEI TRATTAMENTI EVIDENCE BASED

Relatore: Dott.ssa Tiziana Manna

Laureanda: Laura Bragato

Matricola N. 1192480

Anno Accademico 2020/2021

A Elena e Giulia

RIASSUNTO

Il presente elaborato fornisce una panoramica della riabilitazione psicosociale dei soggetti con disturbo borderline di personalità, in particolare offre un approfondimento sull'attività di Social Skills Training nell'ambito dei trattamenti basati sull'evidenza.

I disturbi di personalità secondo il DSM-5 sono caratterizzati da una modalità pervasiva e persistente di percezione, reazione e relazione che provocano un disagio significativo o una compromissione funzionale. In particolare, il disturbo borderline di personalità viene definito come una patologia caratterizzata da un'instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e da una marcata impulsività con una forte ricorrenza di comportamenti suicidari o auto mutilanti.
Attualmente, le linee guida APA e NICE affermano che il trattamento più efficace per questa patologia risiede nella psicoterapia, supportata dalla farmacoterapia mirata ai sintomi. Più precisamente vengono impiegati diversi trattamenti Evidence Based, tra i quali la più studiata ed efficace si è dimostrata la terapia dialettica-comportamentale (DBT), sviluppata da Marsha Linehan. Questa terapia utilizza la metodologia dialettica che comporta l'accettazione delle condizioni del soggetto così com'è, ma allo stesso tempo, l'aspettativa che egli cambi e migliori la sua situazione. Questa caratteristica per i soggetti borderline si è rivelata molto efficace, generando anche notevoli miglioramenti nei disturbi in comorbilità. Negli ultimi anni, data la dispendiosità del trattamento, tra le diverse componenti della DBT si sta sviluppando come pratica autonoma il training delle abilità. Più precisamente, un'attività educativa efficace per la riabilitazione sociale dei soggetti con disturbo borderline di personalità è l'attività di Social Skills Training, condotta dall'educatore professionale. Si tratta di un intervento basato sulla teoria dell'apprendimento sociale, incentrato sullo sviluppo e sul miglioramento delle abilità interpersonali e caratterizzato da giochi di ruolo, modeling, rinforzi positivi e correttivi, automatizzazione e generalizzazione delle abilità apprese alla vita quotidiana.

Parole chiave: Abilità sociali, Riabilitazione psicosociale, Trattamenti Evidence Based, Disturbo borderline di personalità, Terapia dialettico-comportamentale, Social Skills Training.

ABSTRACT

This paper provides an overview of psychosocial rehabilitation of people with borderline personality disorder, it offers an insight into the activity of Social Skills Training within the scope of Evidence Based treatments.

Personality disorders according to DSM-5 are characterized by a pervasive and persistent mode of perception, reaction and relationship that cause significant distress or functional impairment. In particular, borderline personality disorder is defined as a disease characterized by an instability of interpersonal relationships, self-image and mood and a marked impulsiveness with a strong recurrence of suicidal or self-mutilating behaviors.
APA and NICE guidelines state that the preferred treatment for this condition is psychotherapy supported by symptom-targeted pharmacotherapy. More precisely, various Evidence Based treatments are used, among which the most studied and effective is the Dialectical-Behaviour Therapy (DBT), developed by Marsha Linehan. This therapy uses the dialectical methodology that involves accepting the individual's condition as it as, but at the same time, the expectation that will change and improve his situation. This feature for borderline people has proved to be very effective, also generating significant improvements in comorbid disorders. In recent years, the wastefulness of this treatment, skills training has been developing as an autonomous practice among the different components of DBT. More precisely, an effective educational activity for the social rehabilitation of people with borderline personality disorders, is the activity of Social Skills Training, conducted by the educator. It is a therapy based on the theory of social learning, focused on the development and improvement of interpersonal skills, characterized by role playing, modeling, positive and corrective reinforcement, automation and generalization of the skills learned in daily life.

Keywords: Social skills, Psychosocial rehabilitation, Evidence Based treatments, Borderline personality disorder, Dialectical behavioral therapy, Social Skills Training.

INDICE

Introduzione 3

Capitolo 1 7
1. Definizione di personalità 7
2. I disturbi di personalità 8
   2.1 Definizione 8
   2.2 Cenni storici 8
   2.3 Classificazioni 9
   2.4 Caratteristiche dei disturbi 12
3. Il disturbo borderline di personalità 13
   3.1 Definizione 13
   3.2 Cenni storici 13
   3.3 Classificazioni 14
   3.4 Caratteristiche del disturbo 18

Capitolo 2 21
1. Il trattamento del disturbo borderline di personalità 21
   1.1 Elementi critici del trattamento 22
   1.2 Fattori comuni nel trattamento 23
   1.3 Trattamento con i farmaci 24
2. Trattamenti Evidence Based per il disturbo borderline di personalità 25
   2.1 Cenni storici 26
   2.2 Vantaggi 27
   2.3 Basi teoriche 27
   2.4 Principi generali 29
   2.5 Trattamento basato sulla mentalizzazione 30
   2.6 Psicoterapia focalizzata sul transfert 31
   2.7 Schema-Focused Therapy 32
3. Terapia dialettico-comportamentale 33
   3.1 Caratteristiche dei soggetti con disturbo borderline di personalità secondo la terapia dialettico-comportamentale 34
   3.2 Obiettivi 35
   3.3 Componenti del trattamento 36

Capitolo 3 39
1. Dialectical Behaviour Therapy – Skills Training 39
   1.1 Social Skills Training 40
2. L'educatore nella riabilitazione dei soggetti con BPD 49
   2.1 Atteggiamenti e modalità della relazione con i soggetti con BPD 50
   2.2 Conduttori del training delle abilità sociali 51

Conclusioni 53

Bibliografia e sitografia 55

INTRODUZIONE

La diagnosi di disturbo borderline di personalità spesso genera forti sensazioni di shock e disperazione nei soggetti e nelle famiglie, a causa delle rilevanti compromissioni del funzionamento psicosociale, della necessità di trattamenti intensivi e ricoveri frequenti, accompagnati da comportamenti autolesivi e dall'elevato rischio suicidario. I pazienti affetti da questo disturbo sono spesso considerati difficili e intrattabili e portano con sé enormi sofferenze. Sicuramente, i sintomi che preoccupano maggiormente gli operatori della salute ed educativi riguardano l'ideazione suicidaria e l'automutilazione. Tuttavia, le difficoltà riscontrate nella relazione terapeutica e nel trattamento, sono date anche dall'instabilità dell'umore, dai comportamenti impulsivi e dalle relazioni caotiche che si costruiscono attorno.

Negli ultimi anni la psichiatria, ai fini di una diagnosi più precisa, tende a focalizzarsi maggiormente sulla specificazione delle categorie diagnostiche, tralasciando l'importanza e la complessità dell'interazione con il mondo psichico del soggetto per ottenere un intervento terapeutico efficace. Per il trattamento dei soggetti borderline questo aspetto è essenziale poichè la creazione di una relazione di cura stabile e duratura protegge queste persone dai rischi, diminuisce la loro sofferenza e ne favorisce l'inclusione sociale.

Entrambe queste considerazioni sulla complessità del trattamento dei soggetti con disturbo borderline di personalità mettono in evidenza come la loro presa in carico debba essere differente da quella di molti altri disturbi. Per questi soggetti, infatti, emerge la necessità di un coinvolgimento attivo della singola persona e di una sua responsabilizzazione per quanto riguarda il suo trattamento. Ed è proprio questo l'obiettivo che si sono posti i riabilitatori che si affidano alla terapia dialettico-comportamentale, in particolare attraverso l'utilizzo dei training delle abilità autonomi.

A fronte di queste considerazioni, nel mio elaborato analizzo parte della letteratura italiana e internazionale relativa all'argomento della riabilitazione dei soggetti con disturbo borderline di personalità attraverso la terapia dialettico-comportamentale. L'obiettivo è di fornire uno spunto di riflessione su questi soggetti e mettere in evidenza l'efficacia di un approccio pratico, che coinvolge il soggetto in maniera intensiva, rispetto ad un approccio più tradizionale di psicoterapia, previsto per altri disturbi.

La scelta di approfondire questa tematica deriva da un'esperienza lavorativa, svolta durante il terzo anno (A.A. 2020/2021), all'interno di una Comunità Terapeutica Riabilitativa

Protetta di tipo A, nell'ambito della salute mentale. Si tratta di una struttura che accoglie soggetti con diverse patologie psichiatriche, con un'età che varia prevalentemente dai 19 ai 35 anni. Alla maggior parte di questi utenti è stato diagnosticato un disturbo di personalità, in particolare, una buona parte, deve convivere con il disturbo borderline di personalità. Uno dei miei compiti è stato quello di co-condurre l'attività di Social Skills Training insieme ad un'educatrice che lavorava lì da molti anni, specializzata in quel trattamento. Durante il training spesso notavo come i soggetti borderline richiedessero una maggiore attenzione e specializzazione del trattamento. In particolare, mi hanno colpito due casi, di un ragazzo e una ragazza, con evidenti difficoltà nelle abilità sociali, ma che non erano in grado di accettare il fatto di aver bisogno di quell'attività. Tuttavia, dopo un importante lavoro di motivazione e presa di consapevolezza è stato possibile far loro comprendere l'importanza del training e ottenere dei buoni risultati. Inoltre, svolgevo il mio ruolo anche all'interno di alcuni gruppi appartamento protetti e autonomi che mi hanno permesso di osservare i soggetti con disturbo borderline di personalità in uno stadio più avanzato del loro percorso terapeutico, ma che necessitavano comunque di alcuni aiuti attraverso il training delle abilità. Mi è sorto quindi spontaneo approfondire un argomento che avevo potuto osservare e sperimentare personalmente.

Nel primo capitolo viene fornito un inquadramento teorico del disturbo borderline di personalità, con lo scopo di mettere in evidenza la complessità del disturbo e l'importanza della scelta di un trattamento adeguato. Viene approfondita quindi, la classificazione diagnostica di questa patologia, che in questi ultimi anni ha subito un cambiamento radicale senza però giungere ad una soluzione definitiva. In questo capitolo si è deciso di fornire una panoramica anche sul concetto di personalità e sui disturbi di personalità, per un approfondimento adeguato dell'argomento che permetta una comprensione più precisa delle caratteristiche dei soggetti borderline.

Il secondo capitolo si focalizza maggiormente sul trattamento di questo disturbo, fornendo una panoramica generale della terapia farmacologica e dei comportamenti da tenere nella cura di questi soggetti, per poi arrivare ai trattamenti individuati dalle linee guida, ovvero i trattamenti Evidence Based. Si è deciso di descrivere le terapie più frequenti ed efficaci (la terapia basata sulla mentalizzazione, la terapia focalizzata sul transfert e la Schema-Focused therapy), per poi approfondire la terapia dialettico-comportamentale, mettendo in evidenza

l'importanza delle sue singole componenti e l'efficacia del suo utilizzo con il disturbo borderline di personalità.

Infine, nel terzo capitolo si illustra la possibilità di offrire dei training delle abilità autonomi che facilitino il trattamento di questi soggetti. Viene approfondita in particolare, l'attività di Social Skills Training mettendone in evidenza le diverse fasi e l'efficacia. Al termine di questo capitolo viene poi proposta una descrizione dei comportamenti che l'educatore professionale deve tenere per poter sviluppare e mantenere una relazione di cura efficace e duratura, focalizzandosi anche su ciò che l'educatore deve considerare nel condurre un training delle abilità.

CAPITOLO 1

In questo primo capitolo l'obiettivo è fornire un inquadramento teorico del disturbo borderline di personalità, per poter comprendere la complessità della patologia, del lavoro con questi soggetti e l'importanza della scelta del trattamento adeguato. I servizi psichiatrici, infatti, si sono trovati ad aver cura di pazienti che non sono né i tipici soggetti alienati e imprevedibili, né quelli traumatizzati e disumanizzati. Sempre più spesso si incontrano pazienti con cui è importante interagire, stabilire delle relazioni e riconoscere la loro autonomia, come punto di partenza per creare una relazione d'aiuto e procedere con un trattamento utile ed efficace.

Pertanto, inizialmente è necessario chiarire cosa s'intende con personalità e successivamente definire il contesto diagnostico all'interno quale si colloca il disturbo borderline di personalità, per arrivare infine all'approfondimento delle sue caratteristiche.

1. Definizione di personalità

Secondo Kernberg e Caligor il concetto di personalità riguarda l'integrazione dinamica dell'esperienza soggettiva e dei modelli di comportamento di una persona, intesi sia quelli consci, sia quelli inconsci. Si utilizza il termine "integrazione dinamica" perché essa prevede un'associazione integrata ed organizzata tra le esperienze e i tratti che si condizionano a vicenda. Pertanto, la personalità rappresenta un'entità più complessa e sofisticata e non semplicemente la somma delle componenti che la caratterizzano (1).

Secondo il modello interattivo ideato dagli autori la personalità include sei componenti principali: temperamento, relazioni oggettuali, carattere, identità, valori e capacità cognitive (2).

Il *temperamento* viene considerato la struttura costitutiva fondamentale della personalità perché con questo termine, si fa riferimento alla reattività psicologica generale dell'organismo responsabile della relazione individuo-ambiente in termini di stati affettivi positivi, gratificanti o negativi, avversivi.

Il sistema delle *relazioni oggettuali* determina, invece, la formazione della personalità basandosi inizialmente sull'unità di memoria affettiva diadica (relazione madre-bambino subito dopo la nascita) e con la crescita, anche su relazioni triadiche che serviranno a strutturare l'identità in maniera più complessa. Il *carattere* successivamente, è proprio il

risultato dell'integrazione dinamica delle rappresentazioni interiorizzate delle relazioni oggettuali ovvero, il modello di comportamento abituale. Allo stesso tempo queste rappresentazioni progressivamente si consolidano e vanno a formare l'*identità*.
L'aspetto dei *valori* che va a costituire la personalità riguarda invece l'impegno a seguire, all'interno delle relazioni con gli altri e nella vita sociale in generale, principi e valori etici che sono stati interiorizzati durante la propria esistenza. Infine, con "*capacità cognitive*" ci si riferisce al livello di astrazione raggiunto, che varia a seconda della disposizione genetica e delle prime esperienze; più queste capacità sono elevate, più permetteranno una visione realistica delle situazioni e delle difficoltà (1).

2. I disturbi di personalità

2.1 Definizione

In generale disturbi di personalità sono caratterizzati da "un modo pervasivo e persistente di percezione, reazione e relazione che causano un disagio significativo o una compromissione funzionale. I disturbi di personalità variano notevolmente nelle loro manifestazioni, ma si ritiene che tutti siano causati da una combinazione di fattori genetici e ambientali […]" (3).

2.2 Cenni storici

Il disturbo di personalità non fu considerato una diagnosi fino al 19° secolo quando Bénédict Augustin Morel e Philippe Pinel in Francia e Julius Koch in Germania sostennero che questi disturbi fossero principalmente disturbi neurodegenerativi; successivamente anche James Cowles Prichard diede un grande contributo, coniando il termine "follia morale" descritto come "una forma di squilibrio mentale in cui i principi morali e attivi della mente sono fortemente pervertiti o depravati, il potere di autogoverno è perso o notevolmente indebolito e l'individuo è ritenuto incapace, non di parlare o ragione su qualunque argomento gli venga proposto, ma di comportarsi con decenza e correttezza negli affari della vita" (4 p. 717).
Ma solo nel 1923 con Kurt Schneider vengono definiti i 9 tipi personalità che prevedevano delle categorie omogenee e una semplice distinzione dalle differenze culturali, dalle variazioni considerate "normali" e da altri disturbi mentali (4).

Nonostante si sia giunti alla consapevolezza che questa considerazione sia errata, la teoria di Schneider si trova alla base delle classificazioni successive alla sesta revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (International Classification of Disease, ICD) (4).

2.3 Classificazioni

Per la diagnosi dei disturbi di personalità si distinguono due differenti classificazioni:

- La Classificazione Internazionale delle Malattie, 11ª revisione (International Classification of Disease, ICD-11, in vigore da gennaio 2022);
- Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 5ª edizione (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, DSM-5) (5).

Classificazione secondo l'ICD-11

Per quanto riguarda l'ICD-11, la classificazione dei disturbi di personalità non si discosta a livello concettuale dal modello alternativo inserito nel DSM-5, ma si differenzia solo per il rilievo che pone sulla gravità della disfunzione della personalità e per il fatto che abolisce tutte le categorie specifiche dei PD mantenendo solo il disturbo di personalità stesso (4). L'ICD-11 come l'AMPD considera questo disturbo come una disfunzione della personalità che si trova su un continuum che parte dalla normalità, enfatizzando come, "sebbene sia ampiamente riconosciuto che il disturbo di personalità sia una diagnosi permanente, esistono numerose prove che la gravità e la forma del disturbo fluttuano nel tempo a seconda di molti fattori"; concetto molto importante per i professionisti che, secondo Tyrer, Reed e Crawford se avesse maggiore riconoscimento "allevierebbe la tendenza a considerare il disturbo come motivo di non intervento" (4 p. 721).

Secondo l'ICD-11 per la diagnosi, per prima cosa bisogna valutare se "il paziente soddisfa la definizione generale di disturbo di personalità" e successivamente "identificare la gravità del disturbo di personalità" (4 p.723); il grado di gravità viene definito attraverso la descrizione degli aspetti principali della personalità dell'individuo, ovvero i tratti del dominio che andranno a identificare la disfunzione presente.

L'ICD-11 rispetto al DSM-5 permette una più rapida valutazione della personalità, non dovendo discriminare i diversi criteri, e rimuove la comorbilità tra i diversi disturbi di personalità riducendo così la diagnosi di "disturbo di personalità non specificato". Inoltre,

questa classificazione, non prevede alcun limite di età per la diagnosi del disturbo di personalità, ma implica che questa venga posta con cautela sui giovani, in quanto diversi ricercatori sostengono che applicare una diagnosi così permanente e invalidante in tenera età porti a dover far fronte a numerosi problemi anche a livello del trattamento (4). Questo perché il periodo che va dalla nascita alla prima età adulta, è quello in cui la personalità si costruisce e si modifica costantemente. Molte caratteristiche, sintomo di disturbo, quindi possono essere solo transitorie e richiedere un trattamento in realtà non necessario perché potrebbero essere caratteristiche che si risolvono autonomamente (4).

Classificazione secondo il DSM-5

Per quanto riguarda il DSM-5 per la classificazione di questi disturbi si fa riferimento alla sezione II "Criteri e codici diagnostici" (5), che corrisponde al sistema categoriale adottato nel DSM-IV-TR (4) e alla sezione III "Misure e modelli emergenti" (5).

Nella sezione III Vengono individuati 10 disturbi di personalità, suddivisi in 3 clusters (A, B, e C) in base alle caratteristiche dei pazienti (3):

- Cluster A (caratterizzato da comportamenti eccentrici e bizzarri):
  - Disturbo paranoide di personalità: sfiducia e sospettosità tali da far interpretare le azioni e le intenzioni degli altri come cattive;
  - Disturbo schizoide di personalità: disinteresse e chiusura alle relazioni sociali (3);
  - Disturbo schizotipico di personalità: comportamento eccentrico e bizzarro con un disagio acuto nelle relazioni intime interpersonali (6).
- Cluster B (caratterizzato da comportamenti emotivi, drammatici e mutevoli) (3, 4):
  - Disturbo antisociale di personalità: irresponsabilità sociale, egocentrismo, sfruttamento degli altri per i propri scopi (6);
  - Disturbo borderline di personalità: impulsività e instabilità nelle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'affettività;
  - Disturbo istrionico di personalità: eccessiva ricerca di attenzioni e drammatizzazione;
  - Disturbo narcisistico di personalità: grandiosità, autostima fragile e mancanza di empatia;
- Cluster C (caratterizzato da comportamenti ansiosi e timorosi):

- Disturbo evitante di personalità: inibizione sociale ed ipersensibilità al giudizio negativo;
- Disturbo dipendente di personalità: modello di comportamento sottomesso e necessità di essere accudito (3);
- Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità: preoccupazione eccessiva per l'ordine, perfezionismo e rigidità (6).

Nella sezione III invece, l'Associazione Psichiatrica Americana (American Psychiatric Association, APA), redattrice del DSM-5, ha però introdotto un modello alternativo per i disturbi di personalità (Alternative Model for Personality Disorders, AMPD) per "affrontare le numerose carenze dell'attuale approccio ai disturbi di personalità" (7). Questo modello è stato inserito nella sezione "Misure e modelli emergenti" in quanto, secondo molti ricercatori, questa nuova classificazione "rappresenta una cambiamento troppo radicale per la pratica clinica esistente e manca di prove empiriche" (5 p. 1); si teme quindi che si crei una discontinuità accentuata che vada a limitare la ricerca sul trattamento dei disturbi di personalità (5).

L'AMPD è un modello di classificazione dimensionale nel quale i clusters della sezione II del DSM-5 vengono considerati come dimensioni che rappresentano "spettri di disfunzioni della personalità all'interno di un continuum che parte dalla normalità" (8). Il modello alternativo, inoltre, definisce i disturbi di personalità attraverso due criteri: "Criterio A, disturbi del sé e del funzionamento interpersonale, e Criterio B, tratti della personalità disadattiva" (7 p. 377). Nonostante questi due criteri siano dimensionali, l'AMPD permette comunque una diagnosi categoriale dei disturbi di personalità, in quanto ha mantenuto sei tipologie specifiche utilizzando una combinazione dei due criteri per descriverle, e ha incluso un disturbo di personalità "trait-specifico" per le combinazioni di criteri che si distaccano dalle tipologie ancora presenti (5); i sei disturbi di personalità che sono stati mantenuti sono:

- Disturbo antisociale di personalità,
- Disturbo evitante di personalità,
- Disturbo borderline di personalità,
- Disturbo narcisistico di personalità,
- Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità,
- Disturbo schizotipico di personalità (8).

Nella pratica clinica quindi, i criteri A e B dovranno essere combinati per generare una diagnosi ibrida categoriale-dimensionale (7).

2.4 Caratteristiche dei disturbi

Durata

L'alterazione degli schemi di pensiero, della percezione, della reazione e della relazione sono relativamente stabili nel tempo, molti possono diminuire con l'avanzare dell'età, ma alcuni permangono anche dopo che i sintomi acuti che hanno permesso la diagnosi si sono ridotti (3).

Prevalenza

La prevalenza dei soggetti con disturbi di personalità all'interno della comunità varia dal 4% al 15% (in base al luogo dove ci trova), con un maggior numero di incidenza negli uomini piuttosto che nelle donne (4).

La prevalenza di questo disturbo sale notevolmente, arrivando ad un 50% dei pazienti che afferiscono alle strutture psichiatriche e invertendo la prevalenza tra uomini e donne, probabilmente a causa di tassi più elevati di ricerca di aiuto nelle donne. La più alta prevalenza si osserva comunque all'interno dei servizi penitenziari, con una stima di circa il 60-70% dei detenuti che presenta un disturbo di personalità con una maggiore concentrazione di disturbo antisociale di personalità (4).

Esordio

L'*esordio* dei disturbi di personalità avviene verso la tarda adolescenza o all'inizio dell'età adulta, e nel 50% dei casi si osserva un'ereditarietà (dato che contrasta l'ipotesi che questi disturbi siano causati principalmente da un ambiente ostile) (3).

Tasso di morbilità

Il tasso di morbilità in questi pazienti raggiunge gradi molto elevati: la comorbilità con altre patologie si riferisce perlopiù alla presenza in contemporanea di diversi disturbi di personalità, tra i quali però molto spesso è difficile una chiara distinzione. Mentre per quanto riguarda la comorbilità con disturbi differenti dall'ambito della personalità si parla di disturbo depressivo, disturbo d'ansia generalizzato e disturbi alimentari. Il fattore della comorbilità è molto debilitante per questi pazienti in quanto gli altri disturbi spesso rischiano di prevalere sul disturbo di personalità e dominare il quadro clinico. Ne deriva che durante

il trattamento si ponga maggiore attenzione alla cura dei sintomi clinici, più evidenti, che richiedono sollievo immediato sottovalutando così quelli dei disturbi di personalità (4).

Tasso di mortalità

I dati del Regno Unito nel 2015 hanno previsto una prospettiva di vita alla nascita, inferiore ai 19 anni per le donne e ai 18 per gli uomini. L'aumento della mortalità in questi pazienti è dovuto in parte, alla maggiore incidenza di suicidi e omicidi, ma vi sono anche altre cause spesso molto frequenti, come l'aumento di malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, e un'elevata prevalenza di fumo, alcol e abuso di droghe (3, 4).

3. Il disturbo borderline di personalità

3.1 Definizione

Il disturbo borderline di personalità (Borderline Personality Disorder, BPD) viene descritto come "una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti […]" (9).

3.2 Cenni storici

Il concetto di personalità borderline risale a più di 60 anni fa; fu descritto inizialmente nel 1938 da Stern, poi nel 1953 da Knight e successivamente da Kernberg nel 1967 che definì "l'organizzazione di personalità borderline", ovvero un modello di strutturazione della personalità intermedio, al limite, tra il quadro nevrotico e quello psicotico e per questo definito "borderline" (9).

Successivamente nel 1998 nasce il concetto di disturbo borderline di personalità inserito nei manuali di classificazione attuali. Clarkin, Kernberg e Somavia individuano tre ambiti diagnostici da valutare: i *livelli comportamentali* (basandosi su modelli interpersonali indipendenti dalla motivazione), i *livelli di tratto* (quando si parla dell'individuo partendo da determinate predisposizioni) e i *livelli strutturali* (quando si fa riferimento anche alla motivazione della persona). Sulla base dell'idea che "la diagnosi della struttura intrapsichica della personalità si riferisce al livello di integrazione dell'Io e alle relazioni oggettuali interiorizzate" (10 p. 529) Kernberg individua 3 forme discontinue di organizzazione della

personalità, che si distinguono in termini di integrazione dell'identità, test di realtà e meccanismi di difesa predominanti. Nel caso in cui i meccanismi di difesa utilizzati siano maturi e il concetto di sé sia integrato, si parla di *organizzazione nevrotica della personalità* (10), che corrisponde al livello meno grave di disturbo di personalità (1). L'assenza di un test di realtà disturbato ma la presenza di meccanismi di difesa primitivi con diffusione dell'identità sono indice invece, di un'*organizzazione borderline di personalità*. Si parla infine, di *organizzazione psicotica della personalità* quando vi è un test di realtà disturbato, il quale corrisponde alla forma più grave dei disturbi di personalità (10).

3.3 Classificazioni

Questo disturbo viene indicizzato per la prima volta nel 1980 nel DSM-III come "Disturbo borderline di personalità" e nell'ICD-10 circa 10 anni dopo come una sottocategoria del "Disturbo di personalità emotivamente instabile" (11 p. 1).

Classificazione secondo l'ICD-11

Nell'ICD-11 il BPD viene inglobato dai "Disturbi della personalità e tratti correlati" anche se l'etichetta "tipo borderline" è stata mantenuta, in quanto, nonostante l'obiettivo fosse quello di eliminare tutte le sottocategorie, il BPD è il disturbo di personalità più studiato e un'abolizione completa di esso avrebbe ostacolato il continuo avanzamento delle ricerche; inoltre negli anni sono stati sviluppati numerosi trattamenti provati a livello empirico per il BPD e il timore dei medici era che tutto ciò andasse perso o che si complicasse l'accesso ai servizi (12).

Secondo l'ICD-11 quindi il BPD è "un grave disturbo mentale associato a diffuse menomazioni del sé e del funzionamento interpersonale" (13 p. 655) "che va dalla difficoltà di personalità al di sotto della soglia fino al disturbo di personalità lieve, moderato o grave" (12 p. 699), e sono stati individuati cinque tratti che specificano la natura del disturbo:

- Affettività negativa (emozioni angoscianti tra cui ansia, irritabilità, rabbia senza un'adeguata giustificazione);
- Distacco (marcato ritiro sociale dovuto ad un'elevata distanza emotiva e interpersonale);
- Asocialità (disprezzo per gli obblighi sociali e i diritti degli altri associati a mancanza di empatia);

- Disinibizione (risposta impulsiva senza la considerazione delle conseguenze a lungo termine);
- Tratti anancastici (mancata regolazione del proprio comportamento con conseguente ossessività, perfezionismo, testardaggine) (4).

Infine, un'altra novità che porta questa classificazione riguarda la formazione dei professionisti, in quanto la percezione comune sulla gestione di questi pazienti è che richieda una vasta formazione e un dispendio di tempo molto lungo e impegnativo; tuttavia, la nascita dei modelli generalisti ha dimostrato l'uguale efficacia e fattibilità di interventi a bassa intensità anche per i pazienti con BPD (12).

Classificazione secondo il DSM-5

Inizialmente dopo il DSM-IV-TR, la proposta era quella di cambiare il nome di BPD in Disturbo da disregolazione emotiva, facendo riferimento alla considerazione negativa spesso associata all'attuale etichetta diagnostica. Tuttavia, secondo Oldham i cambiamenti da attuare non riguardano l'etichetta che si usa, bensì le reazioni ai comportamenti di questi pazienti che, indipendentemente dal nome del disturbo all'interno del quale vengono inseriti, rimangono i medesimi. Piuttosto è opportuno "promuovere una migliore comprensione di questa condizione e chiarire che i pazienti con BPD si comportano come si comportano in funzione della malattia" (14).

Attualmente il BPD è inserito nel DSM-5 nella sezione II (Criteri e codici diagnostici) secondo una classificazione categoriale, e nella sezione III (Misure e modelli emergenti) secondo una classificazione dimensionale (15) perché, come anticipato nella classificazione dei disturbi di personalità, "l'approccio […] è stato considerato troppo complicato e radicale per essere introdotto nella pratica […]" (12 p. 699).

Nella sezione II viene riportata la definizione di BPD attraverso i 9 criteri diagnostici già descritti nel DSM-IV-TR che corrisponde ad "una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti, come indicati da cinque (o più) dei seguenti criteri (9):

1) "Sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono (non includere i comportamenti indicati nel criterio 5)" (16): questo avviene perché la percezione dell'abbandono da parte di una persona cara destabilizza l'umore, il senso del sé, gli schemi cognitivi e il comportamento dell'individuo con BPD (9).

2) "Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione" (16): le persone con BPD si trovano a stringere relazioni con persone che, anche dopo un incontro sbrigativo, potrebbero dare attenzione e amore ma senza reali garanzie e motivazioni, idealizzando le loro capacità e virtù; allo stesso tempo però in caso di delusione i soggetti con BPD passano rapidamente a svalutare l'altro, che sembra non dare abbastanza (9).
3) "Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili" (16): questi soggetti sperimentano sensazioni di instabilità drammatiche nell'immagine di sé che riguardano modificazioni nei valori, obiettivi, amici, identità sessuale, etc. (9).
4) "Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (es., spese sconsiderate, sesso promiscuo, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate, …)" (16): molto spesso i soggetti con BPD abusano di sostanze, giocano d'azzardo, guidano imprudentemente, hanno una sessualità promiscua e non protetta, spendono al di sopra delle loro possibilità o/e mangiano in maniera compulsiva (9).
5) "Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento auto mutilante (autolesionismo, tagli su braccia e gambe, bruciature di sigaretta, ndc)" (16): le persone con BPD, solitamente in maniera impulsiva, a causa di separazioni, rifiuti o richiesta di maggiore responsabilità si esprimono con auto-mutilazioni, minacce o gesti suicidari (9).
6) "Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni)" (16): in genere in risposta alle pressioni interpersonali, questi soggetti si sentono depressi, ansiosi, arrabbiati, disperati, irritabili o in panico (9).
7) "Sentimenti cronici di vuoto" (16): questo criterio riguarda una sensazione di noia e vuoto che spesso caratterizza la vita di questi pazienti (9).
8) "Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti eccessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici)" (16): gli individui con questo disturbo, verso persone che considerano indifferenti, negligenti o abbandoniche nei loro confronti, sperimentano una rabbia forte e inappropriata (9).

9) "Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi" (16): molto spesso questi pazienti sperimentano momenti di paranoia o dissociazione tanto da sentirsi "distaccati" dal proprio pensiero e dal proprio corpo (9).

Per quanto riguarda la classificazione dimensionale inserita nella sezione III del DSM-5, un individuo per ricevere una diagnosi di BPD deve presentare:

1) "Labilità emotiva, ansia e insicurezza da separazione e dal dominio dell'affettività negativa",
2) "Depressività dal dominio del distacco",
3) "Ostilità dal dominio dell'antagonismo",
4) "Assunzione dei rischi e impulsività dal dominio della disinibizione" (15 p. 490).

Bach e Selbom nelle loro ricerche, hanno ipotizzato che i 7 tratti specifici per BPD vadano associati ai 9 criteri diagnostici della sezione II, scoprendo effettivamente che da un punto di vista concettuale tutti i 9 criteri, ad eccezione delle sensazioni croniche di vuoto, sono associati ai tratti della sezione III. Gli autori, partendo da questo concetto, hanno aggiunto i tratti di "sospetto, disregolazione cognitiva e percettiva" che aumentano la previsione di ideazioni paranoiche ed esperienze dissociative con l'obiettivo di sviluppare ulteriori ricerche per creare un modello uniforme della classificazione di questo disturbo (15).

Attualmente per la diagnosi vengono usate entrambe le sezioni, cercando di creare una diagnosi ibrida categoriale-dimensionale, nonostante siano state eseguite diverse analisi tassometriche per cercare di comprendere se un costrutto diagnostico sia meglio concettualizzato come un gruppo al quale gli individui appartengono o meno (classificazione categoriale), oppure come una dimensione della patologia rappresentata su un continuum di gravità o grado. Ad oggi, tutti i risultati hanno dimostrato che il BPD appare meglio concettualizzato secondo un punto di vista dimensionale (17).

Diagnosi

Spesso i soggetti con BPD ricercano il trattamento in seguito a tentativi di suicidio, azioni impulsive e autodistruttive, perché hanno una crisi interpersonale in corso, oppure durante un episodio relativo ad un altro disturbo mentale concomitante. In questo caso è importante distinguere segni e sintomi di questo disturbo per non sottovalutare il BPD (11).

Nella maggior parte dei casi la valutazione dei soggetti con sospetto di BPD viene fatta tramite colloquio clinico. Tuttavia, questi pazienti non sono sempre affidabili e obiettivi riguardo i propri problemi di personalità perché ne riconoscono, in particolare, i più acuti.

Pertanto, è importante anche il colloquio con le persone della sua quotidianità e con cui il soggetto ha delle relazioni (familiari, amici, colleghi di lavoro, compagni di scuola, etc.), per raccogliere maggiori informazioni (11).

Il DSM-5 prevede che la diagnosi di BPD venga fatta in 3 fasi principali:

- Nella prima fase va fornita una "valutazione del tipo", ovvero l'équipe valuterà il grado di corrispondenza tra la personalità dell'individuo e la descrizione narrativa del "tipo borderline" su una scala da 1 (nessuna corrispondenza) a 5 (molto buona corrispondenza). Per attribuire la diagnosi il punteggio deve essere di 4 o 5 (buona o molto buona corrispondenza).
- Nella seconda fase va fornita una serie di valutazioni dei tratti organizzati nelle diverse dimensioni, utilizzando una scala da 0 (per niente descrittivo) a 3 (estremamente descrittivo), la quale deve risultare come 3 su almeno uno dei domini di tratti (11, 17).
- Nella terza fase, infine, va valutato il livello di funzionamento personale e interpersonale del paziente, utilizzando una scala da 0 (nessuna compromissione) a 4 (deterioramento estremo) che, per avere la diagnosi di BPD, può risultare da 1 a 4.

La diagnosi si pone con la definizione delle 3 caratteristiche, con una durata almeno pluriennale di segni e sintomi, in assenza di un altro disturbo mentale, di un'alterazione fisica o abuso di sostanze (17).

3.4 Caratteristiche del disturbo

Il disturbo borderline di personalità in ambito clinico è uno dei disturbi più impegnativi e diffusi (15). I pazienti con questa diagnosi si trovano spesso di fronte ad una grave stigmatizzazione, non solo da parte delle persone della loro quotidianità ma anche da parte dei medici, a causa della loro intrattabilità e ostilità. Il loro comportamento, infatti, è caratterizzato da frequente rabbia, suicidi o tentativi di suicidi ricorrenti e dal non rispetto del trattamento, Tuttavia, molti studi hanno dimostrato che i sintomi del BPD sono curabili e che presentano una base genetica e biologica (11).

Prevalenza

Nel 2018 una panoramica di studi scientifici svolti in paesi diversi ha evidenziato che all'interno della comunità il BPD occupa il quarto posto tra i disturbi di personalità più diffusi (11). Diversamente, tra i pazienti ricoverati nelle strutture e i pazienti seguiti

ambulatorialmente il BPD è il disturbo di personalità notevolmente più diffuso (18). Infatti, "i pazienti con BPD costituiscono circa il 15-28% di tutti i pazienti degli ambulatori psichiatrici o degli ospedali, il 6% delle visite di cure primarie e il 10-15% di tutte le visite al pronto soccorso" (11 p. 2). La frequenza è molto alta nei contesti ospedalieri proprio a causa delle caratteristiche del disturbo, come condotte suicidarie o parasuicidarie, abuso di sostanze o altro (18).
Anche all'interno dei servizi penitenziari il BPD è molto diffuso, con una prevalenza che va dal 30 al 50% di tutti i detenuti (18 p. 89).

Tasso di morbilità

La maggior parte delle volte, i pazienti con diagnosi di disturbo di personalità ne presentano anche altri. Il più alto tasso di morbilità è rappresentato dal BPD che viene associato a ben 6 degli altri disturbi (18).
La pratica clinica mette in evidenza anche tassi di comorbilità molto alti con: disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, abuso di sostanze e disturbi alimentari. La presenza di altri disturbi associata a BPD va valutata attentamente in quanto può condizionare negativamente il trattamento di questi soggetti.
Questo mette in evidenza che il disturbo più grave deve avere la priorità di trattamento (19).

Fattori di rischio

Per comprendere adeguatamente il BPD è opportuno inserirlo all'interno di un modello eziologico generale, prendendo quindi in considerazione i fattori di rischio biologici, psicologici e sociali, insieme alle loro interazioni (19).
I *fattori di rischio biologici* riguardano prevalentemente l'ereditarietà molto elevata con una stima che va dal 35% al 45% (14). Gli studi eseguiti sulle famiglie con soggetti affetti da BPD dimostrano che i parenti di primo grado, solitamente, tendono ad avere patologie subsindromiche e che se diagnosticate riguardano lo spettro impulsivo, come la personalità antisociale o l'abuso di sostanze. Nel complesso, quindi l'ereditarietà riguarda i tratti alla base dei sintomi, piuttosto che delle specifiche categorie diagnostiche (19).
I *fattori psicologici e sociali* fanno riferimento prevalentemente a traumi o abusi avvenuti nell'infanzia (19 p. 90), ma anche a una genitorialità incoerente, a un eccessivo coinvolgimento materno o un attaccamento disorganizzato/ambivalente. Situazioni che portano a sviluppare patologie della personalità (11).

È importante comunque ricordare che i singoli fattori non sono in grado di "provocare" da soli il BPD ma sono le interazioni tra di essi che predispongono l'individuo a sviluppare un disturbo di personalità (19).

"Lenzenweger et al. […] hanno suggerito che qualsiasi teoria scientifica del disturbo di personalità deve affrontare questioni chiave: la relazione tra il funzionamento normale e anormale della personalità; la questione del tratto di stato in relazione alla diagnosi del disturbo di personalità; l'epidemiologia del disturbo di personalità; prospettive evolutive e longitudinali; basi genetiche e neurobiologiche della patologia; il rapporto della patologia della personalità con altre forme di patologia psichiatrica; e la validità dei costrutti del disturbo di personalità. Un modello di patologia della personalità che fornisca risposte in queste aree potrebbe informare la valutazione clinica e diagnosi e indicare gli obiettivi per l'intervento" (20 p. 176).

CAPITOLO 2

1. Il trattamento del disturbo borderline di personalità

Il modello interattivo della personalità di Kernberg, descritto nel precedente capitolo, può essere molto utile per comprendere come la personalità influisca sulla vita e può fornire un punto di partenza per la terapia dei soggetti con disturbo di personalità. Ai fini di una buona riabilitazione è importante, infatti, ricordare che "le persone con tratti disadattivi sono ancora in grado di funzionare in modo adattivo" (2 p. 1049).

Diversamente da molti altri disturbi psichiatrici, la ragione che porta i soggetti con BPD alla richiesta di un trattamento non è il disagio provocato dai propri sentimenti e pensieri, bensì la sofferenza generata dalle conseguenze dei loro comportamenti socialmente disadattivi. Ed è proprio per questo che, per prima cosa, è importante far comprendere ai pazienti che alla base del loro problema vi sono i loro tratti di personalità e che la causa non deve essere ricercata negli altri o nell'ambiente esterno (3).

"Le persone con BPD arrivano in terapia presentando strategie di coping disfunzionali, relazioni problematiche e altre difficoltà quali ansia, abuso di sostanze e depressione" (9 p. 21). Nonostante presentino la medesima diagnosi, presentano quadri clinici differenti che si modificano durante il trattamento. Questa caratteristica li porta ad esigere approcci psicoterapeutici diversi per pazienti diversi, ma anche interventi differenti per lo stesso paziente durante tutto il periodo del suo trattamento.

In qualsiasi situazione, l'obiettivo primario del trattamento dei soggetti con BPD è che il paziente non sia in pericolo, che non rischi di far del male a sé stesso o agli altri. Comportamenti autolesionistici e pensieri suicidari, devono essere monitorati accuratamente ed eventualmente indirizzati verso una soluzione di ricovero ospedaliero. Successivamente, il secondo obiettivo, riguarda la necessità di sostituire le modalità distruttive o dannose attraverso lo sviluppo di schemi cognitivi e comportamentali più flessibili e adattivi (9).

Per poter raggiungere questi obiettivi a lungo termine, è fondamentale creare un'alleanza terapeutica stabile, che trasmetta fiducia nella relazione sia al paziente che al terapeuta. Questo è importante soprattutto con i soggetti con BPD perché, la maggior parte di essi, hanno perso la fiducia nelle persone che si prendono cura di loro o significative per la loro vita (9).

1.1 Elementi critici del trattamento

I soggetti con BPD rappresentano da ormai molti anni una sfida terapeutica molto impegnativa a causa della loro eccessiva instabilità affettiva, relazionale e comportamentale, che genera numerose difficoltà sia nella relazione con il personale sociosanitario, sia nella cura. Il trattamento di queste persone, infatti, presenta numerosi elementi critici:

- *Tendenze suicidarie croniche*: il rischio suicidario riguarda circa il 10% dei pazienti con BPD, solitamente per dei progetti terapeutici pregressi falliti, abuso di sostante, stato di depressione maggiore o sentimenti di rabbia intensa. È una condizione estremamente pesante e impegnativa per il terapeuta che deve accettare il rischio e saperlo gestire con responsabilità ed esperienza clinica. Infatti, si deve tenere conto del fatto che, a volte, questa modalità può essere considerata una strategia di coping adattiva che va trattata con cautela. Per il paziente può risultare protettiva o può comunicare un messaggio che non riesce ad esprimere in maniera più adeguata (9, 21).
- *Condotte auto-eteroaggressiv*e: le condotte autolesive sono presenti nel 69-80% dei casi. Hanno una funzione di regolazione delle emozioni chiaramente disfunzionale, ma, senza di esse, questi soggetti non riuscirebbero a comunicare il proprio dolore psichico. Infatti "per i pazienti borderline il dolore psichico è insopportabile, prima che incomunicabile: pertanto l'atto autolesivo rende non solo visibile, ma anche sopportabile la sofferenza emotiva, […] talvolta è descritta come un tornare a sentire […] (21 p. 13).
- *Atteggiamenti controtransferiali*: nella relazione con i pazienti borderline il terapeuta viene facilmente contagiato dall'esperienza emotiva del soggetto ed inizia, quindi, a percepire ciò che prova il paziente. Questa identificazione può verificarsi sia nel ruolo di vittima, svalutando le proprie potenzialità, sia nel ruolo di aggressore, sviluppando sentimenti estremamente negativi nei confronti della persona. Da questo emerge l'evidenza che il terapeuta non può occuparsi da solo del soggetto, che deve mantenere un atteggiamento neutrale e utilizzare le emozioni per conoscere il suo mondo interno, ma senza confondersi (21).
- *Mancanza di limiti*: il coinvolgimento eccessivo può portare anche al desiderio di cercare o fornire accudimento, estremamente dannoso per entrambe le figure che non genera un esito positivo del trattamento. Ed è per questo che nella relazione con i

soggetti borderline, è essenziale stabilire dei limiti e un setting circoscritto all'interno del quale terapeuta e paziente possono lavorare (9).

- *Fragilità dell'alleanza terapeutica*: all'interno della relazione terapeutica sono stati identificati tre gradi di alleanza che partono da quella "contrattuale" o "comportamentale", nella quale vengono definiti gli obiettivi e i ruoli del trattamento. Successivamente si passa verso un'alleanza "relazionale" o "affettivo-empatica" conseguenza dell'immagine che il soggetto ha del terapeuta come figura premurosa, piacevole… Infine, si arriva al grado dell'alleanza "di lavoro" o "cognitiva/motivazionale", nella quale entrambe le figure cooperano insieme per raggiungere un obiettivo comune (21).

  Ognuno di questi tre livelli può essere messo costantemente in pericolo dai problemi relazionali caratteristici del quadro clinico dei soggetti con BPD, che vendono il terapeuta come un "persecutore o un salvatore idealizzato, piuttosto che un alleato nel raggiungimento di un obiettivo comune" (21 p. 15).
- *Competenza, formazione e rischio di burnout del terapeuta*: proprio a causa degli elementi critici che emergono dal lavoro con i soggetti con BPD, i terapeuti sono soggetti ad alto rischio di burnout. Questo però, secondo Bellino et al. si può compensare con esperienza e flessibilità, ad una formazione adeguata nel campo dei BPD, insieme ad un lavoro in rete seguito da una supervisione (9, 21).

1.2 Fattori comuni nel trattamento

Nel corso degli anni, gli studiosi hanno rilevato l'efficacia di differenti terapie nel trattamento dei soggetti con BPD. Indipendentemente da quale sia la più efficace, tutte le terapie presentano dei principi comuni che riguardano la struttura, la validazione e l'autosservazione. La struttura, la precisione nei compiti e nei passi da seguire per i soggetti con un'organizzazione psichica deficitaria e una vita caotica, è fondamentale (19). La validazione è sostanziale perché, nonostante ognuno abbia bisogno di conferme nella propria vita, i soggetti con BPD sono in grado di percepire anche i più vaghi indizi del contrario e necessitano quindi di continue conferme che permettano loro di mantenere un equilibrio (9). Infine, l'autosservazione, il conoscere sé stessi e le proprie emozioni serve a questi pazienti per affrontare adeguatamente le loro crisi emotive e a prendere delle decisioni ponderate per risolvere i loro problemi (19).

Da questi 3 principi emerge quindi una serie di elementi che caratterizzano i trattamenti per i soggetti con BPD che corrispondono a:

- Struttura precisa della terapia;
- Notevole impegno nel miglioramento della coerenza e conformità degli interventi;
- Focalizzazione chiara (per esempio su autolesionismo o difficoltà relazioni);
- Coerenza con la teoria di riferimento;
- Durata relativamente a lungo termine;
- Impegno nella creazione di una relazione di attaccamento tra paziente e terapeuta che consenta a quest'ultimo di occupare una posizione attiva;
- Integrazione con gli altri servizi a disposizione del soggetto (22).

Sebbene questi elementi possano apparire indicativi di uno studio di ricerca piuttosto che di un trattamento psicoterapico, una parte consistente del beneficio per questi soggetti deriva proprio dalla strutturazione precisa e dalla coerenza di questi interventi (22 p. 599).

1.3 Trattamento con i farmaci

Nella maggior parte dei disturbi psichiatrici la terapia farmacologica rappresenta un importante supporto per la remissione della patologia. I farmaci, infatti, vengono scelti in base alle caratteristiche biologiche del disturbo e alle caratteristiche farmacodinamiche della molecola, in modo da ottenere una modifica del meccanismo neurobiologico che sta alla base della patologia (18). Nel trattamento dei soggetti con BPD l'utilizzo della farmacoterapia si discosta notevolmente da quello classico, in quanto la prescrizione di farmaci non porta alla remissione della patologia ma mira ad alleviarne i sintomi (19). Per questo motivo la farmacoterapia per il BPD viene indicata come trattamento aggiuntivo al trattamento psicoterapico, con l'obiettivo di evitare le complicanze della sintomatologia, rinforzare la cornice terapeutica, stabilizzare il quadro clinico e favorire l'adesione dei soggetti al trattamento principale (18).

La terapia farmacologica nel BPD è diretta principalmente verso tre categorie di sintomi che corrispondono ai sintomi cognitivi e percettivi, all'instabilità emotiva e ai sintomi comportamentali impulsivi (9, 23).

I farmaci che vengono prescritti più frequentemente sono gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (*fluoxetina*, *sertralina*, *paroxetina*…), efficaci soprattutto nella riduzione dell'ansia e dei sintomi impulsivi. Ad alte dosi possono anche produrre effetti

specifici sull'autolesionismo, ma i soggetti con BPD raramente tollerano tale dosaggio. Questi farmaci, inoltre, difficilmente possono essere utilizzati per il suicidio e questa caratteristica li rende molto utili nel trattamento dei pazienti con BPD (19). Vengono prescritti molto spesso anche gli antipsicotici atipici (*olanzapina*, *clozapina*, *aripiprazolo*…) per le disfunzioni cognitive e i sintomi psicotici, in alternativa ai farmaci antidepressivi (18, 19). Infine, il terzo gruppo di farmaci utilizzati sono gli stabilizzatori dell'umore (*litio*, *carbamazepina*, *valproato*…) in caso di impulsività, aggressività o comportamenti autolesivi (18).

In qualsiasi caso, i dati della letteratura indicano che solo un 30% dei pazienti borderline risponde adeguatamente a questi farmaci per un lungo periodo di tempo. Dopo diversi mesi perdono la loro efficacia e i sintomi tendono a ricomparire (24), proprio per questo andrebbero utilizzati il più breve tempo possibile, nonostante i pazienti siano restii ad interrompere il loro uso (11).

2. Trattamenti Evidence Based per il disturbo borderline di personalità

Attualmente le linee guida APA (American Psychiatric Association) e NICE (National Institute for Health and Care Excellence) affermano che "il trattamento primario per il BPD è la psicoterapia, associata alla farmacoterapia mirata ai sintomi" (25 p. 14), e consigliano due approcci risultati efficaci da studi clinici controllati randomizzati (Randomized Controlled Trial, RCT): la psicoterapia psicoanalitica/psicodinamica e la terapia dialettico-comportamentale. Entrambi questi approcci per il trattamento dei soggetti con BPD sono considerati trattamenti Evidence Based (Evidence Based Practice, EBP) (25).

"La pratica basata sull'evidenza è l'integrazione delle migliori prove di ricerca disponibile con l'esperienza clinica e i valori del paziente" (26 p. 84). È un processo che include una valutazione critica delle *evidenze di ricerca* rilevanti, dati provenienti da RCT, metanalisi, studi di efficacia, studi di processo, studi di caso, osservazione clinica, ecc.… (27). Nonostante ognuna di queste fonti implichi presupposti di base differenti, nel loro insieme forniscono un aumento della fiducia nelle affermazioni relative all'efficacia dell'attuazioni di interventi specifici (28). La seconda componente presente nella definizione di EBP riguarda l'*evidenza interna*, ovvero l'esperienza e le conoscenze del professionista nell'ambito della valutazione del paziente, dei risultati diagnostici, delle risorse disponibili

e del miglioramento della qualità (26). La terza componente, infine, riguarda le *preferenze del paziente*: i suoi valori, il contesto di vita, la storia personale, i punti di forza, la sua personalità, la disponibilità al cambiamento, elementi essenziali nel processo decisionale, nel momento in cui si utilizza una pratica basata sull'evidenza (26, 27).
Di fatto, gli obiettivi della pratica basata sull'evidenza sono proprio la collaborazione con il paziente nelle decisioni cliniche e l'attuazione di psicoterapie che siano sicure, coerenti ed economicamente vantaggiose (27).

2.1 Cenni storici

La pratica della medicina basata sull'evidenza risale a molti secoli fa, eppure non si è realmente parlato della pratica basata sull'evidenza fino al 1993 quando la Divisione di Psicologia Clinica dell'APA ha introdotto i trattamenti empiricamente supportati (Empirically Supported Treatments, EST). Questo tipo di trattamenti prevedeva di definire delle regole decisionali che supportassero le psicoterapie, individuando anche un elenco di terapie che seguivano questi criteri. Molti psicoterapeuti però non erano a favore di quest'idea, in quanto, nelle decisioni cliniche, preferivano fare affidamento sulla propria esperienza personale piuttosto che su delle prove statistiche (29). Gli elenchi EST possono essere quindi definiti come una componente della pratica basata sull'evidenza, che viene definita formalmente nel 1996 da Sackett e colleghi (27). Da quel momento si verifica un cambiamento nel paradigma di cura dei pazienti: i medici e gli operatori nel campo della salute mentale iniziano a tentare di adattare le prove empiriche alle caratteristiche individuali dei pazienti (29, 30). Ad oggi sono stati definiti "i passaggi chiave dell'EBP […] che includono la formulazione della domanda clinica sulla base del problema che si presenta, la valutazione critica della letteratura pertinente per quanto riguarda la sua validità e utilità per un dato paziente, l'implementazione dei risultati della ricerca nella pratica clinica e la valutazione dei risultati" (27 p. 538).
Nell'ambito del BPD, in particolare, l'insieme delle nozioni prevalenti, per cui questa patologia veniva considerata come incurabile, viene completamente ribaltata (31). È stato riscontrato che questa pratica ha portato a notevoli miglioramenti nei comportamenti suicidari, nei livelli di funzionamento e nella diminuzione delle visite al pronto soccorso, dei ricoveri e della dipendenza da farmaci (32).

2.2 Vantaggi

L'utilizzo dell'EBP presenta numerosi vantaggi rispetto all'impiego delle normali tecniche sviluppate fino ad oggi. Il lavoro dei professionisti si basa infatti, su prove empiriche piuttosto che sul giudizio personale, di fronte a qualsiasi situazione ci si trovi, questi trattamenti prevedono che i dati basati sulle evidenze vengano integrati con l'esperienza clinica, e non utilizzati da soli, per fornire una risposta più completa e adeguata. L'utilizzo delle terapie Evidence Based garantisce, di fatti, l'impiego delle migliori prove esistenti ma, contemporaneamente, anche un certo grado di flessibilità per personalizzare il trattamento (27).

Un altro vantaggio è costituito dal fatto che questi trattamenti comprendono sia prove scientifiche, come le informazioni diagnostiche del paziente, sia prove locali come costi e vicoli di tempo o l'esperienza del professionista (27).

Una percezione errata, che in realtà si rivela un punto di forza dell'utilizzo dell'EBP, sta nel ritenere che alcune psicoterapie, a causa della necessità di possedere delle prove empiriche, non soddisfino gli standard EBP. In realtà, questa pratica può essere utilizzata, con prudenza, anche in situazioni in cui i dati o l'esperienza sono limitati procedendo con un attento monitoraggio (27).

Infine, un vantaggio da non sottovalutare riguarda i professionisti, la cui formazione per l'impiego dell'EBP prevede un processo di apprendimento continuo e attivo che migliora le conoscenze, le abilità, le attitudini e la perspicacia clinica (27, 30).

"Idealmente, i professionisti che utilizzano attivamente gli EBP risparmiano tempo, denaro e risorse evitando trattamenti con un'efficacia scarsa o discutibile per i loro pazienti (27 p. 538).

2.3 Basi teoriche

Considerando la vastità dell'argomento, successivamente verranno indicati solo alcuni punti fondamentali, che permettano di descrivere in modo breve e conciso le basi teoriche dei trattamenti Evidence Based.

Negli anni Ottanta i soggetti con BPD, per le loro caratteristiche di condizione limite, furono considerati i candidati perfetti per la terapia psicoanalitica. Tuttavia, invece che migliorare in questi contesti non strutturati, si sono osservati dei notevoli peggioramenti (24). Per questo

negli anni a seguire "[…] si è assistito ad una progressiva sistematizzazione teorica di modelli specifici di intervento psicoterapico a orientamento sia psicodinamico, sia cognitivo comportamentale" (18 p. 127).

Modello d'intervento psicodinamico

L'approccio psicoanalitico/psicodinamico pone l'attenzione sulla presenza o meno, a livello conscio, di schemi cognitivi, emotivi e comportamentali durevoli. Lo strumento di elezione, utilizzato per il cambiamento è la relazione tra il terapeuta e il paziente, in quanto le difficoltà di quest'ultimo emergono proprio durante le sedute stesse e sono così immediatamente disponibili alla modifica. Per questo, solitamente, sono previste più sedute settimanali, inoltre, la modalità di interazione con il paziente e l'approccio terapeutico possono essere comunque modificati in base alle esigenze del soggetto e nelle varie fasi del trattamento (18).

Modello d'intervento cognitivo comportamentale

La terapia cognitivo comportamentale (Cognitive Behavioural Therapy, CBT) aiuta i pazienti ad individuare gli schemi disfunzionali di ragionamento, d'interpretazione della realtà e i pensieri ricorrenti per sostituirli e/o integrarli con schemi di pensiero più funzionali. Come suggerisce il nome, è l'integrazione di due ceppi separati della psicoterapia: la terapia cognitiva e la terapia comportamentale (33).

La prima a nascere è la terapia comportamentale, negli anni Cinquanta e Sessanta, dall'interesse degli studiosi nel voler promuovere il cambiamento del comportamento degli esseri umani attraverso i principi del comportamentismo. Nella psicoterapia si iniziano ad utilizzare sempre di più i concetti di condizionamento classico (Pavlov, 1913), condizionamento operante (Skinner, 1938), training di rilassamento (Jones, 1924) e modellamento (Bandura, 1969) inserendo quindi, all'interno di essa, l'approccio comportamentista. Gli interventi promossi in quegli anni quindi si basavano prevalentemente sui principi del rinforzo, estinzione e formazione delle abilità sociali che pian piano vennero applicati al comportamento di bambini con autismo, iperattività, disturbi della condotta e altri problemi comportamentali (33).

Gli studiosi della terapia comportamentale però non consideravano gli stati mentali non osservabili. Concetto che, invece, hanno cercato di approfondire i clinici della terapia cognitiva, provando a lavorare attivamente con emozioni e cognizioni. Aaron T. Beck, considerato il fondatore della terapia cognitiva (1962), ha cercato di indagare scientificamente e convalidare la teoria psicanalitica sviluppando la sua teoria. Pose

l'attenzione sullo sviluppo di trattamenti per i disturbi psicologici e i profili sintomatici specifici, piuttosto che sulle strutture psichiche sottostanti e per fare ciò decise di integrare anche molti elementi di altre terapie che si mostravano efficaci (33).
La terapia cognitivo comportamentale ad oggi, viene utilizzata prevalentemente nel trattamento dei disturbi depressivi, disturbi d'ansia e disturbi della personalità (33)

2.4 Principi generali

Nonostante l'orientamento teorico dei trattamenti Evidence Based si suddivida in due modelli differenti (cognitivo comportamentale e psicodinamico), sono stati individuati 5 principi generali che caratterizzano l'impiego efficace di tutti i trattamenti Evidence Based:

1. Il trattamento dovrebbe essere effettuato da un'équipe che ne sviluppi il piano e gli obiettivi, prestando notevole attenzione al rischio di suicidio e ai progressi;
2. Ogni trattamento deve avere una struttura ben precisa e delineata, con obiettivi e ruoli chiari, limiti nella disponibilità del paziente stabiliti e linee guida per la gestione della sicurezza;
3. La collaborazione dei pazienti nel loro intervento è essenziale. L'équipe si deve assicurare che i soggetti partecipino alla definizione degli obiettivi, dei piani di sicurezza e alle altre fasi di progettazione dell'intervento, enfatizzando in questo modo il loro senso di responsabilità;
4. L'atteggiamento dell'équipe deve puntare ad un equilibrio tra l'essere rassicuranti, attenti e riflessivi ma allo stesso tempo mantenere un distacco emotivo adeguato;
5. Infine, è essenziale una stretta collaborazione e confronto tra tutti i membri dell'équipe (11).

Per il trattamento dei soggetti con disturbo borderline di personalità sono attualmente presenti 4 trattamenti basati sull'evidenza scientifica, due di natura psicodinamica (MBT e TFP) e due di natura cognitivo comportamentale (DBT e SFT) (34, 35). Questi trattamenti sono:

- Trattamento basato sulla mentalizzazione (Mentalization-Based Therapy, MBT),
- Psicoterapia focalizzata sul transfert (Transference Focused Psychotherapy, TFP),
- Schema-Focused Therapy (SFT),
- Terapia dialettico-comportamentale (Dialectical Behaviour Therapy, DBT).

2.5 Trattamento basato sulla mentalizzazione

Il trattamento basato sulla mentalizzazione, di natura psicodinamica, è stato sviluppato da Peter Fonagy e Anthony Bateman all'interno dei servizi sanitari nazionali (NHS) nel Regno Unito (31). La mentalizzazione è un processo mentale immaginativo, quasi preconscio, attraverso il quale le persone si raffigurano i pensieri e i sentimenti propri e altrui per comprendere le interazioni interpersonali (18, 22, 31). Generalmente ognuno di noi si costruisce delle convinzioni sugli stati mentali delle persone con cui interagisce, e ne viene fortemente influenzato (22). Tuttavia, temporaneamente, si può perdere la consapevolezza che gli altri hanno una mente, andando ad utilizzare "modalità di funzionamento pre-mentalistiche, in cui le esperienze sono o troppo reali o prive di significato […]" (36 p. 133).
L'incapacità di mentalizzazione è associata a tre diverse modalità: la *modalità di equivalenza psichica* nella quale il paziente considera la realtà esattamente come la raffigura la sua mente, e non accetta altre spiegazioni. La *modalità finta* in cui la realtà interna della persona è dissociata dalla realtà esterna. Infine, vi è la *modalità che segue una comprensione teleologica del mondo*, per la quale il soggetto giudica ogni cosa/persona in base a ciò che accade nel mondo senza possibili deviazioni (36).
Il BPD, per Bateman e Fonagy, è considerato come un disturbo della mentalizzazione, in cui i pazienti perdono temporaneamente la capacità di comprendere gli stati mentali all'interno delle relazioni interpersonali (18, 22). Alcuni studi hanno ipotizzato che questo deficit provenga dalle difficoltà di attaccamento precoce, infatti le esperienze di attaccamento sicuro, sviluppando uno stabile senso di sé, portano allo sviluppo di un'adeguata capacità di mentalizzazione. Ma nel caso in cui si crei una forma di attaccamento insicuro, in cui si sviluppano percezioni distorte degli altri, si manifesterà anche un deficit della capacità di mentalizzazione (18, 22, 34).
L'*obiettivo* dell'MBT è stabilizzare il senso del sé, per poter ripristinare la capacità di mentalizzazione all'interno delle relazioni interpersonali (18, 22). Per fare ciò, inizialmente il terapeuta si mostra empatico e solidale verso lo stato attuale del paziente. Successivamente esplora e chiarifica la situazione, contestualizzandola e procedendo con la mentalizzazione di base (su sé stesso e sull'affetto). Infine, procederà con il mentalizzare le relazioni interpersonali (22, 36).
Il *terapeuta* che si occupa del MBT per prima cosa, deve tenere in considerazione che operando con soggetti non mentalizzanti, si rischia di perdere anche la propria capacità di

mentalizzare. Per cui è fondamentale che il terapeuta mantenga sempre un distacco e sia monitorato a sua volta dai colleghi (22). Il terapeuta solitamente si concentra sulla mente della persona piuttosto che sul suo comportamento e acquisisce una posizione del "non sapere" per spingere il paziente a valutare la loro situazione emotiva e interpersonale (31, 36).

L'MBT prevede un *periodo di trattamento* di 18 mesi che inizia con una procedura di valutazione, seguita da sessioni settimanali di terapia individuale da 50 minuti, che permettono la concentrazione sui dettagli del processo di mentalizzazione, all'interno di una relazione con attaccamento sicuro. Una terapia di gruppo, sempre settimanale, da 75 minuti che invece facilita la pratica della mentalizzazione, all'interno di un contesto relazionale più complesso. Entrambe accompagnate da una pianificazione delle crisi e cure psichiatriche integrate (22, 31, 36).

2.6 Psicoterapia focalizzata sul transfert

La psicoterapia focalizzata sul transfert, di natura psicodinamica, è stata sviluppata da John Clarkin, Otto Kernberg e Frank Yeomans presso il Personality Disorders Institute del New York Presbyterian Hospital (9, 18).

Gli elementi centrali di questa teoria si basano sul concetto di "Organizzazione borderline" sviluppato da Kernberg negli anni Sessanta, in particolare sulla teoria delle relazioni oggettuali (37). Kernberg ipotizza infatti, che il BPD abbia origine da una complessa interazione di variabili ambientali, neurofisiologiche e genetiche che porta il soggetto a sviluppare un'affettività anormale. In particolare, si fa riferimento alla presenza di un'eccessiva aggressività precoce, innata o causata da frustrazioni, che spinge il bambino a separare l'immagine positiva e l'immagine negativa di sé stesso e di sua madre. Per questo il bambino pre-borderline non è in grado di costruire un'immagine realistica di sé stesso, e si trova ad avere numerose difficoltà affettive e relazionali (18, 34, 37).

L'*obiettivo* della TFP consiste nel ridurre i sintomi e il comportamento autodistruttivo modificando le rappresentazioni di sé e degli altri mentre vengono messe in atto nel transfert qui e ora (34).

Il *terapeuta* quindi, si focalizza principalmente sull'interpretazione del transfert, differente però da quella tipica della teoria psicanalitica classica, in quanto consiste "in un'interpretazione del transfert delle modalità relazioni così come si manifestano in seduta,

senza necessariamente far riferimento al passato" (18 p. 134). Per fare ciò, utilizzando specifiche tecniche, è importante aiutare la persona a riconoscere il meccanismo intrapsichico alla base del suo comportamento e del suo vissuto emozionale (18).
Il *periodo di trattamento* della TFP è di almeno 2 anni, di tipo ambulatoriale, con almeno due incontri settimanali di terapia individuale, senza terapia di gruppo (31).

2.7 Schema-Focused Therapy

La Schema-Focused Therapy, di natura cognitivo comportamentale con elementi psicodinamici e della Gestalt, è stata sviluppata da Jeffrey Young (18, 34).
La SFT si focalizza sull'idea che il soggetto con BPD presenti uno "schema maladattivo precoce". Ovvero dei costrutti psicologici, sviluppati durante l'infanzia, costituiti da ricordi, emozioni, cognizioni e sensazioni fisiche di sé stessi, del mondo e degli altri. La caratteristica "maladattivi" viene attribuita in quanto, questi schemi originano da una costante frustrazione dei bisogni emotivi, non soddisfatti dai genitori. Per cui, nonostante siano adattavi durante l'infanzia, con l'età adulta diventano disfunzionali e limitanti (18, 38). Young descrive 4 modalità di persone con schemi disadattivi che si presentano nel caso di un paziente borderline: protettore distaccato, genitore punitivo, bambino abbandonato o abusato e bambino arrabbiato o impulsivo (34).
Questi schemi, prevalentemente, sono inconsapevoli. Per cui l'*obiettivo* della SFT è di renderli consapevoli, per poi trovare delle modalità più adattive per soddisfare i propri bisogni profondi, arrivando quindi una modalità di "adulto sano" (18, 32). "Il recupero nella SFT di ottiene quando gli schemi disfunzionali non controllano più la vita del paziente" (34 p. 4).
Il *terapeuta* per raggiungere l'obiettivo si focalizza sulla relazione terapeutica, sulla vita quotidiana del paziente e sulle sue esperienze traumatiche passate. La SFT spinge verso un rapporto tra terapeuta e cliente solidale e genuino, in cui la persona si senta sicura e libera di essere vulnerabile. Questo rapporto è descritto come "ri-genitorialità limitata" e consente al paziente di colmare le mancanze che si sono verificate durante la sua infanzia, permettendogli di sentirsi apprezzato (31, 38).
Il *periodo di trattamento* previsto è circa di 3 anni, con 2 incontri settimanali di terapia individuale (18, 38).

3. Terapia dialettico-comportamentale

Verso la fine degli anni Ottanta Marsha Linehan, dopo essere stata ricoverata per i suoi atti autolesionistici, sviluppa la terapia dialettico-comportamentale per il trattamento di donne con tendenze autolesionistiche. Negli anni successivi, insieme ad altri ricercatori, avendo osservato che la CBT non portava a miglioramenti nell'ambito dei disturbi di personalità suicida, si ritrova a misurare l'efficacia della DBT anche sul disturbo borderline di personalità. La DBT, infatti, pone meno attenzione nell'uso dei metodi cognitivi e si focalizza sull'apprendimento e la pratica di nuove abilità (31, 39, 40).

Attualmente è il trattamento più studiato ed efficace per i soggetti con BPD (31). Gli studi su questa terapia ne hanno dimostrato l'efficacia nella riduzione dei sintomi e dei comportamenti del BPD inclusi comportamenti parasuicidi, tentativi di suicidio, difficoltà relazionali e instabilità emotiva (41). Inoltre, negli ultimi anni si è riscontrato anche un notevole miglioramento nei disturbi in comorbilità come tossicodipendenze, disturbi dell'alimentazione, disturbi depressivi e di ansia (42).

Un'altra caratteristica innovativa della DBT risiede nell'aggettivo "dialettica" che indica la presenza di due concetti contrastanti nell'atteggiamento del terapeuta. Ovvero l'accettazione delle condizioni del soggetto così com'è, ma allo stesso tempo, dell'aspettativa che cambi e migliori la sua situazione (9).

Infine, per la pianificazione del trattamento bisogna tenere conto di 8 assunti di base che riguardano la cura dei soggetti con BPD:

1. "I pazienti fanno il meglio che possono" (9),
2. "I pazienti vogliono migliorare" (9),
3. "I pazienti hanno bisogno di fare meglio, provare di più ed essere maggiormente motivati al cambiamento" (9),
4. "I pazienti possono non aver causato tutti i loro problemi, ma devono comunque risolverli" (9),
5. "Le vite dei pazienti borderline a rischio di suicidio sono insopportabili così come sono nell'attualità" (9),
6. "I pazienti devono apprendere nuovi comportamenti in tutti i contesti rilevanti" (9),
7. "I pazienti non possono non affrontare con successo la terapia" (9),
8. "I terapeuti che trattano pazienti borderline hanno bisogno di supporto" (9 p. 29).

3.1 Caratteristiche dei soggetti con disturbo borderline di personalità secondo la terapia dialettico-comportamentale

La DBT colloca la patogenesi della personalità borderline all'interno di un sistema evolutivo bio-psico-sociale, il quale suggerisce che la caratteristica principale di questo disturbo è la disregolazione emotiva. Questa è causata dalla transazione tra individui con elevata sensibilità emotiva e ambienti invalidanti, che non sono stati in gradi di rispondere adeguatamente alle loro vulnerabilità (31, 39).

Linehan, durante i suoi studi, ha individuato dei pattern comportamentali tipici dei soggetti borderline, i quali non devono essere considerati una variante dei criteri diagnostici, bensì delle caratteristiche più specifiche che aiutano il lavoro del terapeuta. Infatti, sono modelli comportamentali non sempre costanti, la cui presenza va valutata e dimostrata. È molto importante però che terapeuta e paziente siano consapevoli di come questi influenzino il processo terapeutico. Anche solo la semplice descrizione provoca una forte risonanza empatica nel soggetto, che gli permette di acquisire una migliore comprensione e organizzazione dei propri comportamenti (43).

In particolare, individua 6 modelli comportamentali:

1. Vulnerabilità emotiva: si tratta di un'elevata sensibilità e intensità delle emozioni, una tenacia nelle risposte emotive negative sempre costanti e persistenti nel tempo (43);
2. Autoinvalidazione: riguarda la tendenza di questi soggetti a fondersi con l'ambiente invalidante, invalidando le proprie esperienze affettive e semplificando notevolmente la portata dei problemi della vita di tutti i giorni (43);
3. Passività attiva: si riferisce all'atteggiamento passivo e pessimistico dei soggetti borderline nei confronti dei problemi e difficoltà della vita. Quindi alla loro tendenza, in situazione di disagio, a delegare la risoluzione di questi problemi. "Il paziente, pertanto, cerca attivamente di coinvolgere gli altri nella risoluzione delle sue difficoltà e nella regolazione dei suoi comportamenti, ma allo stesso tempo si manifesta passivo nella gestione autonoma dei propri problemi" (43 p. 72);
4. Competenza apparente: molto spesso questi soggetti, in determinate situazioni, agiscono in maniera autonoma e competente, "perfettamente in grado di affrontare con successo i problemi della vita quotidiana". Mentre altre volte, in maniera inaspettata, agiscono come se le competenze che possiedono abitualmente non esistano (43 p. 76);

5. Crisi ricorrenti: i comportamenti dei soggetti borderline sono caratterizzati da innumerevoli gesti autolesivi considerati, da Linehan, la conseguenza di un cronico stato di crisi debilitante e opprimente (43);
6. Emozioni negative: riguarda la tendenza di questi soggetti a evitare, inibire o negare le manifestazioni comportamentali conseguenti agli stati emotivi più dolorosi e difficili (43).

Tre di queste, vulnerabilità emotiva, passività attiva e crisi ricorrenti, sono influenzate prevalentemente da una base biologica mentre le altre, autoinvalidazione, competenza apparente ed emozioni negative, risultano maggiormente determinate dalla componente sociale (43).

3.2 Obiettivi

Gli obiettivi della DBT per i soggetti borderline riguardano l'apprendimento della gestione e della regolazione della propria emotività, attraverso la sostituzione dei comportamenti disadattivi con abilità più sane che consentano loro, oltre che di regolare il loro stato emotivo, anche di tollerare maggiormente lo stress e gestire le relazioni (31, 42).

In particolare, sono stati individuati una serie di obiettivi primari, più specifici, in ordine di importanza che i soggetti devono raggiungere attraverso la DBT, che corrispondono a:

1. Diminuire i comportamenti suicidari: qualsiasi sia la motivazione che ha spinto ad iniziare la terapia, la prima cosa da fare è eliminare questi comportamenti che mettono in pericolo la vita del soggetto (43);
2. Diminuire i comportamenti che interferiscono con la terapia: successivamente è necessario ridurre tutti quei comportamenti che possono interferire con l'efficacia del trattamento sia da parte del paziente, sia da quella del terapeuta (43);
3. Diminuire i comportamenti che interferiscono con la qualità di vita: solitamente la causa del disagio di questi soggetti risiede in abusi di sostanze, difficoltà finanziarie, traumi pregressi, ecc.… Tutte caratteristiche invalidanti che devono essere risolte efficacemente (42, 43);
4. Incrementare le abilità comportamentali: che corrispondono ad abilità nucleari di mindfulness, efficacia interpersonale, regolazione delle emozioni, tolleranza della sofferenza mentale/angoscia e autogestione (43);

5. Ridurre lo stress post-traumatico: è importante ricordare che non tutti i pazienti hanno vissuto gravi abusi o abbandoni durante l'infanzia, ma questo non vuol dire che non abbiano vissuto l'esperienza del trauma (43);
6. Aumentare il rispetto di sé: riguarda la capacità aver cura di sé, credere nel proprio valore e validare i propri pensieri, emozioni e comportamenti (42, 43);
7. Raggiungere gli obiettivi individuali (43).

3.3 Componenti del trattamento

La DBT tradizionale prevede 4 componenti principali, svolte contemporaneamente nell'arco di almeno 1 anno e possono essere modificate o abbreviate in base alle necessità della struttura o dei terapeuti che le erogano: psicoterapia individuale, skills training, consulenza telefonica e consulenza del terapeuta (39, 42).

Psicoterapia individuale

Ogni paziente che intraprende un percorso di DBT ha uno psicoterapeuta individuale, referente principale dell'équipe di lavoro. Questo è responsabile del raggiungimento degli obiettivi primari descritti nel paragrafo precedente e dello sviluppo della motivazione del soggetto a continuare il trattamento (42, 43). L'assegnazione di un terapeuta spesso, può costituire una difficoltà da non sottovalutare. Entrambi i soggetti possono aver sviluppato determinate convinzioni che guidano le loro scelte e modalità di partecipazione all'intervento. Proprio per questo, le prime sedute sono organizzate in modo da vedere se terapeuta e paziente possono lavorare insieme in modo efficace (43).

Le sedute di psicoterapia individuale devono avere una cadenza settimanale e una durata che varia dai 50-60 ai 90-110 minuti. La durata delle sedute deve variare in base agli obiettivi da raggiungere e non in base all'umore del paziente. Infatti, il terapeuta può decidere di prolungare la seduta nel caso in cui magari il paziente abbia difficoltà di apertura o chiusura, con lo scopo di "rinforzare il lavoro terapeutico e di scoraggiarne l'evitamento" (43 p. 107).

Skills training

Nel caso della DBT standard tutti i pazienti devono seguire un programma strutturato di skills training, con lo scopo di sostituire i comportamenti negativi attuati in risposta al disagio emotivo (44). Il gruppo mira al raggiungimento di questo scopo utilizzando 4 moduli di formazione delle abilità: consapevolezza di base, efficacia interpersonale, regolazione

delle emozioni e tolleranza allo stress (42). Le abilità di consapevolezza di base si suddividono in abilità "che cosa", con lo scopo di insegnare ai pazienti a partecipare al momento presente attraverso comportamenti impulsivi e seguendo le loro emozioni. Le altre abilità sono dette "come" e insegnano alla persona a partecipare al momento concentrandosi su una cosa alla volta, in maniera efficace (42).

L'efficacia interpersonale ha lo scopo di trasmettere le strategie interpersonali efficaci per creare e mantenere delle relazioni significative (42)

Contemporaneamente vengono sviluppate anche le abilità di regolazione delle emozioni, concentrandosi per prima cosa, sull'identificazione e l'etichettatura di queste in modo da comprenderne l'influenza sul proprio comportamento, procedendo poi verso la loro regolazione (42, 44)

Infine, per quanto riguarda la tolleranza allo stress, il terapeuta insegna che angoscia e dolore sono inevitabili nella vita e che non accettarlo genera solo maggiore difficoltà. Trasmette loro quindi le abilità di accettazione della loro condizione ma anche la spinta a modificarla, in maniera positiva (42).

Lo Skills training deve essere condotto da un terapeuta e da un co-terapeuta, a cadenza settimanale, della durata di 2 ore, 2 ore e mezza e i partecipanti, solitamente, vanno da 6 a 8, a meno che un paziente, per motivi ben precisi, non lo segua individualmente (44).

Negli ultimi anni si è sviluppata l'idea che lo Skills training in alcuni casi possa essere erogato anche come unico trattamento, senza le altre 3 componenti, ma questo argomento verrà approfondito meglio nel capitolo successivo.

Consulenza telefonica

I soggetti con BPD, spesso, durante i momenti di crisi, non chiedono aiuto frenati dalla vergogna o dalla paura e reagiscono facendosi del male. Altre volte invece, non hanno difficoltà a chiedere aiuto, ma lo fanno in modo eccessivo, abusandone e facendo sentire gli altri manipolati (44). La consulenza telefonica, quindi la possibilità di chiamare il terapeuta per una guida immediata, ha lo scopo di trasmettere loro la giusta modalità per chiedere aiuto, modificando questi comportamenti disfunzionali (42). Inoltre, essendo persone che hanno difficoltà a generalizzare le abilità apprese, questa tecnica permette loro di avere una guida individuale per farlo nella vita quotidiana (44). Per attuare questa modalità vengono utilizzate diverse strategie fondamentali. Per cui il paziente dovrebbe chiamare immediatamente prima di commettere un gesto parasuicida, e non gli è consentito chiamare

il terapeuta per 24 ore dopo aver commesso questo atto, a meno che non vi siano lesioni gravi (42).

Molti terapeuti però temono l'idea di essere disponibili ad ogni ora del giorno e della notte, per cui spesso scelgono di non attuare questa componente o la limitano notevolmente. Tuttavia, è stato dimostrato che questa pratica è essenziale per ridurre i comportamenti autolesivi (42).

All'interno di un trattamento residenziale, di ricovero o diurno, la consulenza telefonica può essere sostituita dalle interazioni con i riabilitatori psichiatrici (44).

Consulenza del terapeuta

Il concetto principale, alla base di questa componente della DBT, riguarda il fatto che il lavoro con i soggetti con BPD è estremante faticoso, e il terapeuta è costantemente a rischio di andare incontro ad una condizione di burnout (44). Per questo tutti i terapeuti coinvolti nel trattamento di questi soggetti, sono invitati, 1 volta a settimana a partecipare ad un incontro di consulenza sui singoli casi, con lo scopo di fornire un trattamento ottimale e positivo per entrambe le parti (42).

CAPITOLO 3

1. Dialectical Behaviour Therapy – Skills Training

L'accesso alla DBT standard è però molto complicato a causa dell'intensità (terapia individuale e di gruppo settimanali), della durata del trattamento (12 mesi) e della formazione specifica del terapeuta (41). Infatti, per questi motivi, è un intervento che prevede dei costi significativi, sia per la singola persona che per il sistema sanitario, portando anche a dei lunghi periodi di attesa (45, 46). Pertanto, in questi ultimi anni, i ricercatori hanno valutato l'opportunità e l'efficacia di offrire a questi soggetti, dei gruppi di formazione delle abilità autonomi (Dialectical Behavioural Therapy – Skills Training, DBT-ST) senza le altre componenti della DBT (47, 48).

In particolare, gli studi eseguiti per misurare l'efficacia del DBT-ST autonomo hanno dimostrato una riduzione della disregolazione emotiva e una riduzione delle capacità di coping disfunzionali, un aumento della consapevolezza e dell'uso delle abilità in soggetti con BPD non autolesionisti (45, 49). Mentre nelle persone con BPD ad elevato rischio di comportamenti suicidari, il DBT-ST autonomo ha ottenuto dei miglioramenti consistenti sia per quanto riguarda la riduzione del disagio psicologico, causato da depressione e rabbia, sia nella frequenza e gravità di comportamenti suicidari. Generando in entrambi i casi una diminuzione dei ricoveri ospedalieri e dell'abbondono del trattamento (41, 50).

Infine, uno studio in particolare ha valutato l'efficacia del training delle abilità sui meccanismi di difesa dei soggetti con BPD il quale, nonostante non vada ad agire direttamente su di essi, ha riportato notevoli miglioramenti (51). A mio parere è rilevante inserire questo approfondimento in quanto dei meccanismi di difesa più maturi e organizzati sono indice di un funzionamento psicosociale più adattivo. Come già descritto nel primo capitolo i soggetti con BPD presentano dei meccanismi di difesa immaturi e il training delle abilità si è dimostrato efficace, anche per un breve periodo di tempo, nel modificare le funzioni di difesa inadeguate di questi soggetti (51).

Moduli per l'apprendimento delle abilità

L'acquisizione e il potenziamento delle abilità comportamentali del DBT-ST viene suddiviso in 4 moduli differenti che promuovono la regolazione delle emozioni, l'efficacia interpersonale, la consapevolezza o mindfulness e la tolleranza all'angoscia (43, 52).

- Regolazione delle emozioni: questo modulo prevede l'insegnamento delle capacità di comprensione e identificazione delle emozioni, di gestione dei propri stati emotivi riducendo la vulnerabilità alle emozioni negative e promuovendo quelle positive (53, 54).
- Efficacia interpersonale: riguarda l'apprendimento delle capacità di risoluzione dei problemi interpersonali, attraverso strategie di apprendimento per la cura delle relazioni (41, 52).
- Consapevolezza o mindfulness: i soggetti imparano il controllo dell'attenzione concentrandosi nell'osservare e descrivere emozioni, eventi, pensieri in modo non giudicante, focalizzandosi su una cosa alla volta (41, 52).
- Tolleranza all'angoscia: in questo modulo i soggetti apprendono come tollerare e sopravvivere ai momenti di crisi (situazioni, emozioni dolorose), accettandoli come tali con l'obiettivo di superarli al meglio (41).

1.1 Social Skills Training

Negli ultimi anni l'educatore professionale sempre più spesso si trova, dopo aver seguito specifici corsi di approfondimento, ad occuparsi della riabilitazione dei soggetti con BPD nell'ambito delle relazioni interpersonali. Una delle attività che in particolare rispecchia e segue il modello DBT-ST autonomo è l'attività di Social Skills Training (SST).

Il training delle abilità sociali è un insieme di tecniche, basate sulla teoria dell'apprendimento sociale, incentrato sullo sviluppo e sul miglioramento delle abilità interpersonali (55, 56). L'obiettivo principale, infatti, è la competenza sociale che riguarda le capacità comunicative di espressione e ricezione, di conversazione e assertive che permettono ai soggetti di avere una vita socialmente indipendente (55).

L'attività di SST è stata sviluppata inizialmente negli anni Settanta, con lo scopo di deistituzionalizzare i soggetti affetti da psicosi che dovevano rientrare nella comunità. Veniva considerata uno strumento efficace nella riduzione dell'ansia sociale, ma necessitava di una maggiore generalizzazione alle situazioni di vita reale. Successivamente negli anni Ottanta e Novanta questa pratica si è sviluppata, arrivando ad insegnare abilità sempre più concrete e trasferibili alla vita quotidiana (57). Ne è stata ampliata anche l'efficacia, applicandola con esiti positivi non solo ai soggetti affetti da schizofrenia, ma anche a persone

con BPD, disturbi d'ansia, disturbi affettivi maggiori, abuso di sostanze e deficit dell'attenzione (58).

Abilità sociali

"Le abilità sociali sono quei particolari comportamenti utilizzati dalle persone nell'interazione con gli altri che consentono loro di riuscire a raggiungere i propri obiettivi" (56 p. 269). Vengono impiegate in ogni tipologia di relazione interpersonale a prescindere dal fatto che sia formale, informale, virtuale, con estranei, intima o familiare ecc. (59). Quando si fa riferimento alle "buone abilità sociali" si intende la capacità di mettere insieme diverse parole e creare espressioni con un significato, associando anche un linguaggio corporeo appropriato (43). Si fa riferimento quindi, sia a cosa si comunica nell'interazione (scelta dei vocaboli o delle frasi), sia come lo si comunica (mimica facciale, tono della voce, postura, contatto oculare). Per questo l'attività di SST mira a sviluppare e migliorare sia ciò che le persone dicono, sia il modo in cui lo fanno (56).

I deficit delle abilità sociali riguardano quindi uno scarso contatto oculare, mimica facciale inappropriata, ridotta modulazione vocale, basso volume, alterazioni del tempo di risposta e comportamento inappropriato rispetto al contesto. Essi generano difficoltà di adattamento sociale e impoverimento della qualità della vita, sono stabili nel tempo e se non vengono trattati sono predittori di ricaduta e riospedalizzazione (55, 60). Solitamente gli elementi parziali di ogni abilità non sono nuovi, ma la loro combinazione spesso lo è (43).

Le abilità sociali trasmesse attraverso il SST vengono suddivise in 7 categorie:

1. *Abilità di conversazione*: principalmente risposte verbali e non verbali per iniziare, mantenere e concludere una conversazione. Ad esempio, l'utilizzo dei semplici saluti e di convenevoli, oppure espressioni per inserirsi in una conversazione già avviata (56, 61).
2. *Abilità di gestione dei conflitti*: capacità di giungere a compromessi e di negoziazione, di esprimere disaccordo con le opinioni altrui senza litigare o di allontanarsi da situazioni stressanti (56).
3. *Abilità di assertività*: nei soggetti con BPD l'assertività è una delle abilità più critiche, che le persone devono apprendere per ridurre il loro disagio. Questo modulo permette quindi di lavorare sia sull'assertività negativa (espressione di sentimenti negativi, rifiuto, esprimere la giusta rabbia), sia sull'assertività positiva (affetto, apprezzamento, ringraziamenti) (56, 61).

4. *Abilità di gestione della vita quotidiana*: capacità generali per la gestione adeguata della vita quotidiana come, ad esempio, magiare e bere in modo educato, ricordare a qualcuno di rispettare le norme igieniche ecc. (56).
5. *Abilità di amicizia e corteggiamento*: questo modulo fa riferimento a tutte quelle abilità necessarie a stringere un legame di amicizia o per iniziare una relazione intima. Ovvero fare e ricevere complimenti, trovare interessi comuni, esprimere affetto, vivere la sessualità nel modo più adeguato (56).
6. *Abilità di gestione dei farmaci*: capacità di telefonare e parlare con il proprio referente, fare domande sui farmaci e sulle procedure da seguire in modo autonomo ecc. (56).
7. *Abilità lavorative e di qualificazione professionale*: in questo modulo vengono incluse tutte le capacità lavorative per poter avere una vita indipendente. Partendo dalla capacità di sostenere un colloquio di lavoro, di chiedere dei feedback sulle proprie prestazioni, per arrivare poi a risolvere i problemi, inserirsi nelle conversazioni, seguire le istruzioni ecc. (56, 61).

Tecniche d'intervento

La modalità di intervento del training delle abilità sociali, come già introdotto in precedenza, si basa sulla teoria dell'apprendimento sociale di Bandura (1969), secondo la quale "l'acquisizione dei comportamenti sociali avviene attraverso la combinazione sia dell'osservazione delle azioni altrui, che del riscontro delle conseguenze […] delle proprie azioni" (56 p. 48).

Il training delle abilità sociali utilizza 5 principi tratti dalla teoria dell'apprendimento sociale:

1. *Modeling*: riguarda la capacità delle persone di apprendere una nuova abilità attraverso l'osservazione di una o più persone (modelli) che mettono in pratica quella determinata abilità in maniera esplicita e ripetuta. Questo viene fatto attraverso i giochi di ruolo, richiamando l'attenzione dei partecipanti per poi discutere le varie fasi (56).
2. *Rinforzo*: si riferisce al fatto che le conseguenze positive di un preciso comportamento aumentano la probabilità che questo venga messo in pratica nuovamente. Nel SST vengono utilizzati sia rinforzi positivi (un complimento o un premio che portano all'esecuzione di quel comportamento), sia rinforzi negativi (una critica o un'osservazione che portano all'estinzione di un atteggiamento). In questo ambito vengono utilizzati i rinforzi sia dal conduttore che dagli altri partecipanti del gruppo per aumentare e rinforzare l'impegno, i tentativi di mettere in atto le nuove abilità, ma

anche per favorire la frequenza e la partecipazione al training. Questa tecnica deve essere utilizzata per tutta la durata della seduta (56).

3. *Shaping*: la maggior parte delle abilità trasmesse nel training sono troppo complicate per essere apprese adeguatamente in maniera immediata, per cui è necessario che l'operatore scomponga queste abilità in diverse sotto-abilità, insegnandole quindi gradualmente. Spesso, sono necessarie modifiche anche minime e apparentemente insignificanti (56).
4. *Automatizzazione*: questa tecnica riguarda la ripetizione di un'abilità fino a farla diventare automatica per il soggetto che la apprende. Infatti, nel SST i partecipanti sperimentano ripetutamente ogni abilità attraverso i giochi di ruolo e nella loro vita quotidiana. L'obiettivo dell'educatore, quindi, deve essere quello di creare le condizioni affinché questa sperimentazione si verifichi il più frequentemente possibile, per permettere poi ai soggetti di mettere in partica le abilità quando saranno realmente necessarie (56).
5. *Generalizzazione*: di conseguenza emerge la necessità che questi soggetti trasferiscano le abilità apprese a contesti differenti e nuovi. Questa strategia è programmata dall'educatore attraverso l'assegnazione dei compiti e il coinvolgimento di altri membri dell'équipe che, al di fuori del training, spingono i soggetti a sperimentare ogni abilità (56).

Fasi del training delle abilità sociali

Prima di iniziare un training delle abilità sociali è necessaria una *fase di valutazione* delle abilità dei soggetti. Spesso, quando si lavora con i soggetti borderline ci si trova di fronte al costante dubbio che essi non siano capaci di compiere una determinata azione oppure che in realtà possiedano le capacità ma non siano in grado di metterle in pratica a causa di limitazioni ambientali o emotive. Per prima cosa, quindi sarebbe opportuno giungere ad un compromesso tra le due posizioni (43).

In particolare, nell'ambito delle interazioni sociali, questa valutazione può essere fatta attraverso un colloquio con il paziente stesso, con i familiari o con le persone significative della sua rete sociale. Il medico, in collaborazione con le altre figure che si andranno ad occupare della riabilitazione del soggetto, si pone l'obiettivo di raccogliere informazioni nella maniera più dettagliata possibile. Il terapeuta quindi, si basa su 4 domande, in ordine gerarchico, dalla più generale alla più specifica, a cui deve dare una risposta: "il soggetto

presenta qualche comportamento interpersonale disfunzionale? In quali circostanze specifiche si manifesta tale disfunzione? Quale potrebbe essere la (probabile) causa di questa disfunzione? […] quali specifici deficit di abilità presenta il paziente?" (56 p. 24).
Altri metodi per la valutazione delle abilità sociali di questi soggetti riguardano l'esecuzione di un role play, ricreando le condizioni in cui si dovrebbero utilizzare le abilità, oppure la somministrazione di questionari e test (43).
Dopo aver completato la fase di valutazione delle abilità è possibile iniziare il SST, che viene messo in pratica utilizzando 3 differenti modalità tecniche provenienti dal DBT-ST, che vanno a costituire le 10 fasi del training delle abilità sociali.
Le 3 modalità tecniche corrispondono a:

- Procedure di acquisizione delle abilità (43), che nel SST includono:
    1. Stabilire delle valide motivazioni per l'apprendimento delle abilità sociali (56);
    2. Identificare le componenti dell'abilità (56);
    3. Impiegare il modeling dell'abilità nei giochi di ruolo (56);
- Procedure di potenziamento delle abilità (43), che nel SST includono:
    4. Coinvolgere il paziente in un gioco di ruolo (56);
    5. Fornire un feedback positivo (56);
    6. Fornire un feedback correttivo (56);
    7. Coinvolgere il paziente in un secondo gioco di ruolo che ripropone la medesima situazione (56);
    8. Fornire ulteriori feedback positivi e correttivi (56);
    9. Coinvolgere altri membri del gruppo nei giochi di ruolo, feedback positivo e feedback correttivo (56);
- Procedure di generalizzazione delle abilità (43), che nel SST includono:
    10. Assegnare dei compiti a casa (56).

Procederò ora ad illustrare ognuna di queste fasi in maniera più dettagliata.

1. *Stabilire delle valide motivazioni*: per motivare i soggetti che partecipano al training ad apprendere una nuova abilità, è necessario per prima cosa, spiegarne l'importanza. L'educatore, per fare ciò, può scegliere se proporre lui stesso queste motivazioni oppure sollecitare i partecipanti a fornirle. Nella maggior parte dei casi è più efficace la combinazione delle due modalità (58). Nel far emergere queste motivazioni dai

partecipanti l'operatore può porre delle domande, solitamente retoriche, che facciano emergere i vantaggi del possedere quest'abilità e gli svantaggi del non possederla. Al termine è importante riconoscere a tutti il loro contributo e verificare se il gruppo ha compreso ciò che gli è stato trasmesso, chiedendogli di riassumere il concetto proposto a parole loro (56).

2. *Identificare le componenti dell'abilità*: dopo aver chiarito l'importanza dell'apprendere una determinata abilità, il conduttore suddivide e discute le varie componenti dell'abilità. Questo facilita il processo di insegnamento, consentendo ai partecipanti di imparare prima le singole componenti (56). Per mettere in pratica questa fase è possibile suddividere l'abilità in 3 o 4 passi, scriverli su una lavagna o un cartellone, fornire delle schede, spiegare il senso di ogni passo e verificarne la comprensione (43).
3. *Impiegare il modeling dell'abilità nei giochi di ruolo*: in questa fase il conduttore, con l'aiuto di un co-conduttore, utilizza il gioco di ruolo con l'obiettivo di aiutare i soggetti a vedere come si integrano le diverse componenti, andando a formare la sequenza più complessa che genera l'abilità. Si trasformano quindi, "i passi da concetti astratti a esempi concreti" (56 p. 55). Prima di iniziare, è opportuno che l'educatore spieghi l'abilità che sta per essere modellata e che i partecipanti devono osservare attentamente determinati aspetti (tono di voce, postura, contatto oculare, sequenza dei passi ecc.) (43). È importante che i conduttori pianifichino prima la scena del role playing, utilizzando situazioni brevi, rilevanti per i membri del gruppo, tipiche della loro vita quotidiana e realistiche. Infine, dovrà essere chiesto ai soggetti di valutare se il conduttore sia riuscito a trasmettere in maniera adeguata, ciò che aveva descritto in precedenza (56).
4. *Coinvolgere il paziente in un gioco di ruolo*: il modeling dell'abilità deve essere fatto seguire immediatamente dalla ripetizione del role playing della stessa abilità, da parte di un membro del gruppo con lo scopo di familiarizzare con essa e minimizzare le difficoltà (56). Per l'esecuzione dell'attività, il conduttore deve spiegare nuovamente la situazione da mettere in scena focalizzandosi sui passi da seguire, ed è opportuno che scelga un soggetto presumibilmente più cooperativo e abile degli altri, in modo da non scoraggiare il gruppo (43). Inoltre, si può decidere di far provare l'abilità al

paziente insieme ad un conduttore e fargli delle domande per assicurarsi che abbia capito lo scopo (56).

5. *Fornire un feedback positivo*: al termine del gioco di ruolo i conduttori e i partecipanti dovranno fornire dei feedback postivi sulla prestazione del soggetto (sequenza dei passi, postura, tono di voce, contatto oculare) e non sulla possibile motivazione che lo hanno portato ad eseguirla in quel modo (43). È essenziale che si trovi qualcosa di positivo e preciso, anche se apparentemente non c'è, perché lo scopo di questa fase è quello di rinforzare gli sforzi dell'individuo e commentare positivamente la sua prestazione. I feedback da parte degli altri membri sono molto importanti per il soggetto, e possono essere sollecitati dal conduttore attraverso delle domande. Mentre i feedback negativi o correttivi vanno immediatamente bloccati (43, 56).
6. *Fornire un feedback correttivo*: solo dopo i feedback positivi è possibile procedere con quelli correttivi. Lo scopo di questa fase è di identificare gli aspetti più critici dell'interazione che devono essere migliorati per mettere in pratica, in modo adeguato, l'abilità (58). Anche il feedback correttivo può essere fornito sia dai conduttori che dai membri del gruppo, ma non deve essere una critica o un elenco di tutte le difficoltà, ma piuttosto è opportuno focalizzarsi su uno o due aspetti, più rilevanti, in maniera precisa e specifica (56).
7. *Coinvolgere il paziente in un secondo gioco di ruolo che ripropone la medesima situazione*: identificare gli aspetti critici del gioco di ruolo porta inevitabilmente a fornire dei suggerimenti su come migliorare il role playing successivo. L'educatore, in questa fase, invita l'individuo a mettere in scena un altro gioco di ruolo, sulla stessa situazione, apportando però le piccole modifiche che gli sono state fatte. È importante che solo il conduttore fornisca le istruzioni specifiche, sotto forma di richiesta (43, 56).
8. *Fornire ulteriori feedback positivi e correttivi*: come dopo il precedente gioco di ruolo, al soggetto verranno forniti ulteriori feedback positivi e poi correttivi, focalizzandosi per prima cosa sui suoi progressi e, se non dovessero essercene, elogiando le componenti eseguite adeguatamente (58). Successivamente il conduttore deve scegliere se far proseguire lo stesso partecipante in un terzo/quarto gioco di ruolo, oppure se coinvolgere un altro membro (56).
9. *Coinvolgere altri membri del gruppo nei giochi di ruolo, feedback positivo e feedback correttivo*: ad ogni membro andranno applicate le stesse regole e modalità che sono

state messe in atto per il primo soggetto, ed è opportuno non seguire un ordine particolare nell'invitarli ad eseguire il role playing (56).

10. *Assegnare dei compiti a casa*: per la riuscita del training delle abilità sociali, è essenziale generalizzare le competenze apprese alle situazioni di vita reale (43). Per questo, al termine di ogni seduta il conduttore assegna ai partecipanti dei compiti a casa, necessari per esercitarsi nella pratica di quell'abilità, fino alla seduta successiva (56). L'educatore dovrà spiegare bene, in maniera diretta, l'obiettivo di quei compiti e la loro esecuzione, aiutandosi anche con delle schede da compilare (43). Questi compiti verranno poi ripresi all'inizio della seduta successiva, quando il conduttore valuterà se l'abilità è stata compresa e messa in pratica adeguatamente, oppure se necessita di un ulteriore approfondimento (56).

Durata e tempi del training delle abilità sociali

La durata del SST dipende per prima cosa dal livello di compromissione funzionale dei partecipanti: se i soggetti presentano difficoltà di concentrazione il training può durare massimo 20 minuti, se invece vi sono meno compromissioni può prolungarsi fino a 2 ore. Solitamente sono preferibili 1 o 2 sedute a settimana che abbiano un orario dedicato in cui, nella programmazione della giornata, i soggetti siano consapevoli che quel momento è dedicato a quella determinata attività (58). Per quanto riguarda il tempo da dedicare a ciascuna abilità, anche in questo caso varia in base al livello di compromissione, ma generalmente per apprendere efficacemente un'abilità è necessario rimanerci dalle 2 alle 4 sedute (56).

Setting del training delle abilità sociali

I training delle abilità sociali, preferibilmente, vengono svolti in ambienti pubblici, reparti ospedalieri, centri diurni o strutture residenziali, facilmente accessibili dai membri del gruppo che, nella maggior parte dei casi, si trovano già sul luogo, e non devono preoccuparsi del trasporto. Questo fa sì che si sentano più rilassati e a proprio agio, e permette ai conduttori di includere, all'interno dei giochi di ruolo, questi setting (56, 62).

Partecipanti del training delle abilità sociali

Il SST viene fornito in formato di gruppo, in modo da ridurre la stigmatizzazione e permettere ai soggetti di esercitarsi insieme durante tutto il training (62). Il numero ideale di partecipanti varia da 4 a 10 in base al livello di compromissione funzionale. Normalmente

si cerca di creare un gruppo con un livello di compromissione simile, in modo da perseguire gli stessi obiettivi, ma questo non sempre è possibile e in qualsiasi caso i membri traggono beneficio l'uno l'altro anche possedendo abilità diverse. Il limite dei partecipanti si fonda sulla possibilità di assicurare ampie possibilità di praticare le abilità e trarne i vantaggi che ne conseguono (56).

Prospettive future per il training delle abilità sociali

Sono state evidenziate però alcune limitazioni del SST riguardanti il tempo d'intervento, il rapporto costo-efficacia, la motivazione e la fiducia dei partecipanti, le barriere logistiche e in particolare la generalizzazione e il trasferimento delle abilità sociali agli ambienti di vita quotidiana (55). Per questo motivo, recentemente, sono stati individuati dei programmi alternativi che mirano ad attutire queste limitazioni, in particolare mi riferisco all'utilizzo della realtà virtuale (55) e al metodo MOSST (Metacognition-Oriented Social Skills Training) (63).

La realtà virtuale crea ambienti reali, promuove l'interazione sociale attraverso l'utilizzo di avatar, facilita la valutazione delle caratteristiche emotive, cognitive e comportamentali, permette dei feedback in tempo reale e la possibilità di simulare le situazioni senza il rischio di conseguenze negative. Fornisce, inoltre, un ambiente controllato, confortevole e motivante per l'individuo che si sente al sicuro, poichè, i soggetti sono consapevoli che le interazioni virtuali possono essere interrotte quando lo desiderano e che non avranno conseguenze nella loro vita sociale (55). Tuttavia, ci sono ancora pochi studi pubblicati sull'argomento ma è stato possibile osservare che questa modalità sembra essere efficace per la generalizzazione delle abilità sociali, con miglioramenti nelle capacità di comunicazione verbale, non verbale e nel funzionamento sociale (55).

Il metodo MOSST, sviluppato da Paolo Ottavi et al. presso il Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale di Roma, "include la riparazione metacognitiva come mezzo per migliorare l'efficacia del SST convenzionale per i pazienti affetti da psicosi" (64 p.1236). Rispetto al SST tradizionale mira ad aiutare i soggetti a porre attenzione ai pensieri e ai sentimenti degli altri, allenando la funzione metacognitiva (63). Secondo gli studiosi formare la consapevolezza degli stati d'animo altrui gli permetterà di impegnarsi maggiormente nelle abilità sociali (65). Questo metodo riprende alcuni elementi del SST tradizionale come il gioco di ruolo, il contesto di gruppo, le abilità sociali previste, ma si focalizza maggiormente sulla generalizzazione delle stesse alla vita reale (63, 66). Come già descritto in precedenza,

è stato sviluppato, e ne è stata provata l'efficacia, solo per i soggetti affetti da psicosi, tuttavia, negli ultimi anni lo si sta cominciando ad applicare anche ai disturbi di personalità con esiti positivi (64, 66).

2. L'educatore nella riabilitazione dei soggetti con BPD

Un fattore considerato essenziale nella riabilitazione dei soggetti con BPD è la relazione interpersonale tra operatore e paziente. Gli operatori della DBT danno molta importanza allo sviluppo di un'alleanza positiva, la quale deve essere caratterizzata da fiducia reciproca e da un accordo su obiettivi e compiti del percorso riabilitativo. Infatti, l'importanza della relazione viene enfatizzata soprattutto nelle fasi di accoglienza, quando le due figure sviluppano un senso reciproco interpersonale e stabiliscono un contratto terapeutico (18, 67). I principi che guidano la relazione nella DBT riguardano prevalentemente il fatto che i soggetti "inizieranno a trattarsi in un modo che corrisponda o modellizzi le azioni del terapeuta" (principio di modellizzazione), e il principio della contingenza, per cui "un comportamento del terapeuta, come l'affermazione e la convalida, dovrebbe seguire ed essere condizionato da un comportamento efficace da parte del paziente" (67 p. 232).
Ai fini della relazione, è importante ricordare che il recupero dei soggetti con BPD riguarda il raggiungimento di una vita "abbastanza soddisfacente" e non per forza ideale, tenendo conto del fatto che questo recupero sarà graduale e non tutto in una volta (19). Sono soggetti che necessitano di un trattamento strutturato, che peggiorano se non lo è e se la terapia non è rivolta a problemi attuali (69). Essendo persone con molte problematiche nel presente, non è utile aggiungere anche quelle dell'infanzia, favorirebbe solo la loro vittimizzazione senza rafforzare le capacità di contrastare le difficoltà. Questo è fondamentale nella creazione di una relazione empatica tra operatore e paziente (68). Infatti, tutte le terapie basate sull'evidenza mirano a "lasciarsi alle spalle il passato e a guardare al futuro" (19 p. 183).
Sempre all'interno dell'ambito della terapia dialettica, con i soggetti borderline si deve puntare su un approccio empowering alla persona che mira alla responsabilizzazione e all'autonomia del soggetto, ovvero ad una "condizione empowered". È evidente come questi pazienti siano esattamente l'opposto una persona "empowered" ma è necessario che l'educatore e i terapeuti si impegnino focalizzandosi sulla specificità di ogni soggetto, che li coinvolgano nell'individuazione dei loro problemi e soluzioni, anche durante i momenti di crisi, e che gli comunichino sempre di esserci per aiutarli, secondo i limiti decisi inizialmente

(18). Per fare ciò è necessario conoscere questi soggetti molto bene, tenendo a mente i loro punti di forza, su cui focalizzarsi, e i loro punti di debolezza, stabilendo fin da subito quali comportamenti saranno tollerati e quali no (18).

2.1 Atteggiamenti e modalità tipiche della relazione con i soggetti con BPD

Le qualità dell'operatore che facilitano il trattamento di questi soggetti corrispondono a: calma, ottimismo, pazienza, competenza, flessibilità, empatia, praticità ed interesse (39). La chiave per creare un'alleanza duratura sta nel fatto che il soggetto si senta compreso e questo deve essere fatto attraverso l'empatia e la validazione (19).

Per prima cosa, l'educatore deve appropriarsi dell'atteggiamento dialettico, ovvero deve saper mediare tra *accettazione* e *cambiamento*. L'accettazione viene intesa come la capacità di "scoprire l'intrinseca saggezza e bontà del momento presente" e di entrare pienamente nell'esperienza accentandola così com'è, sia per quanto riguarda la persona, sia per la relazione e il contesto (43 p. 116). Il cambiamento invece, richiede che l'operatore diriga l'influenza terapeutica a favore del paziente attraverso una modificazione dei suoi comportamenti (43). Per fare questo è importante ricordare che il soggetto "sta facendo del suo meglio e tuttavia deve impegnarsi di più, egli non ha causato tutti i suoi problemi, ma deve comunque risolverli" (69 p. 574).

L'educatore deve avere poi una qualità definita come "*centratura stabile*", ovvero deve credere in sé stesso, nel trattamento e nel paziente, deve aver chiari i bisogni a lungo termine di quest'ultimo e soprattutto deve mantenere la calma (43). Nella DBT però questa caratteristica non corrisponde alla presenza di limiti arbitrari, infatti, un'altra qualità fondamentale è quella della "*flessibilità compassionevole*". Questa si riferisce alla capacità dell'educatore di utilizzare le informazioni che possiede sul soggetto, modificandole in base alla sua posizione, la quale può cambiare da un momento all'altro. Un esempio può essere la ridefinizione dei confini di un problema o degli obiettivi (43, 68).

Con i soggetti con BPD si deve poi porre una grande attenzione all'aspetto dell'*accudimento*, si tratta di assumere comportamenti di coaching, assistenza, rafforzamento e soccorso basati sulla consapevolezza dell'abilità del soggetto di apprendere e cambiare. Per fare ciò sono richieste volontà e facilità nel prendersi cura delle persone, insieme ad empatia e sensibilità (43, 68).

Infine, un'ultima qualità richiesta all'educatore è la consapevolezza della "*richiestività benevola*" dei soggetti con BPD. Nel caso in cui gli operatori, che si occupano di queste persone, non possiedano delle abilità simili alla "lettura della mente", spesso si ritrovano a pensare che essi sabotino deliberatamente la terapia con comportamenti capricciosi, ostilità, aggressività o paura. L'educatore invece, deve riconoscere la reale capacità e importanza della richiesta da parte del soggetto, fornendogli aiuto quando veramente lo necessita e omettendolo quando è in grado di arrangiarsi (43).

Come comunicare con i soggetti con BPD

Un fattore a cui dobbiamo prestare attenzione nella relazione è la comunicazione, in quanto è il mezzo, attraverso il quale si trasmette tutto ciò che il soggetto deve apprendere. In primo luogo, è necessario comunicare al paziente in modo che si senta a suo agio, mantenendo elevati i livelli di energia e riducendo completamente i silenzi prolungati (19). È importante quindi, anche uno stile empatico, di convalida delle emozioni pensieri e azioni del soggetto (69).

Con i pazienti borderline è molto utile anche l'umorismo, Linehan suggerisce di essere "irriverenti", in quanto è utile per creare degli spazi neutri e meno carichi attorno alle emozioni intense (19).

Il linguaggio infine, deve essere semplice, diretto, chiaro e abbondare di metafore che aiutano la comprensione dei concetti (19, 69).

2.2 Conduttori del training delle abilità sociali

L'educatore, dopo una formazione specifica sul SST, può diventare un abile conduttore, ma deve possedere determinate caratteristiche non legate direttamente al training quali: empatia, calore umano, buone abilità sociali, flessibilità, entusiasmo, capacità di ascolto, di fornire feedback e di contenimento (56).

Chiaramente, sono necessarie anche delle qualità più specificatamente necessarie per l'SST, che corrispondono a: sentirsi a proprio agio con il metodo di lavoro e mantenersi aderenti ad esso, sapersi focalizzare su piccole unità di comportamento senza spazientirsi, conoscere le caratteristiche dei soggetti con BPD, saper pianificare e mettere in pratica i giochi di ruolo, saper coinvolgere i partecipanti, saper assegnare i compiti adeguati, gestire i comportamenti problematici ed essere sempre attivi ed entusiasti di ciò che si sta facendo (56, 61).

Come già introdotto nella spiegazione delle fasi del training, è opportuno che a condurlo siano 2 operatori in modo da mantenere il controllo del gruppo. Il co-conduttore si impegna nel ruolo di facilitatore del gruppo che può collaborare nella strutturazione e nell'andamento della seduta, può introdurre le abilità e assegnare i compiti a casa. Inoltre, assumerà il ruolo di partner nei giochi di ruolo e nel modeling (56, 58). Spesso, gli operatori trovano utile scambiarsi i ruoli per non andare in burn-out o annoiarsi (56).

In particolare, quando si conduce il training delle abilità sociali bisogna ricordarsi che è un insegnamento e non una psicoterapia e che per questo, la pratica e l'apprendimento sono fondamentali. Nonostante ciò, spesso i soggetti preferiscono parlare dei propri problemi, piuttosto che impegnarsi ad imparare, ma è fondamentale focalizzarsi nell'ottica di insegnamento. Anche il livello di organizzazione è molto importante, il materiale che si utilizza va preparato in anticipo e bisogna sempre avere a disposizione un'alternativa (56).

"Saper condurre efficacemente un training delle abilità sociali è un'abilità. Di conseguenza, questa va appresa dai conduttori esattamente allo stesso modo in cui i pazienti imparano le abilità sociali" (56 p. 260). Per cui è opportuno procedere gradualmente, fare molta pratica, osservare il gruppo condotto da qualcun altro per poi condurlo in insieme ad un collega (56).

Nei confronti dei pazienti è importante ricordare di non sottovalutare mai i loro deficit cognitivi e rinforzarli in maniera positiva. Sono persone che nella loro vita, hanno già un enorme carico di fallimenti e frustrazioni, per cui è opportuno assicurare loro delle esperienze di successo e adeguare il livello di richieste alle loro capacità (56).

I conduttori però non devono mai lavorare da soli, il contatto con i colleghi è fondamentale. Spesso sono necessarie informazioni e aggiornamenti su eventuali cambiamenti di terapia o della vita del soggetto ed è utile avere un confronto con altre figure che conoscono i singoli casi (56).

Infine, l'educatore deve essere tenace, questo intervento richiede un impegno e una preparazione molto maggiore rispetto ad altri trattamenti. Ma può anche risultare divertente a patto che ognuno lavori sodo (56).

CONCLUSIONI

Ancora oggi, i soggetti con disturbo borderline di personalità sono considerati difficili e intrattabili da alcuni terapeuti che se ne occupano, a causa delle loro estreme difficoltà nelle relazioni interpersonali, della loro impulsività e degli atti di autolesionismo che vanno ad interferire con la relazione terapeutica. Tuttavia, la creazione dei tratti dimensionali, la sempre maggiore formazione e informazione sull'argomento, le innovazioni e l'attenzione che si pone al loro trattamento permettono di muoversi verso una maggiore comprensione della condizione dei soggetti con BPD, giungendo alla consapevolezza che essi si comportano così in funzione della loro malattia. Sono persone che, a causa della stessa, dei frequenti ricoveri e ricadute, hanno perso la fiducia nella loro cura e in chi se ne deve occupare. Per questo è necessario creare con loro una relazione stabile, che trasmetta fiducia a entrambi e che gli fornisca le condizioni per ridurre le loro sofferenze e migliorare la qualità di vita.

Il trattamento di questi soggetti, infatti, non può essere improvvisato o poco strutturato perché risulterebbe inefficace. Indipendentemente dalla terapia che si utilizza, è fondamentale un'organizzazione molto precisa dell'attività e dei comportamenti che le persone con BPD devono tenere, proprio a causa della loro vita caotica e della struttura psichica deficitaria. Chiaramente, la semplice strutturazione di un intervento non è sufficiente per il recupero delle capacità di una persona, ma sulla base di numerosi studi, in questo ambito sono necessarie anche la validazione e l'autosservazione. Questo perché l'insicurezza è una caratteristica tipica di questa patologia e, di conseguenza vi è la necessità di fornire continue conferme che mantengano uno stato di equilibrio. L'autosservazione è però altrettanto rilevante, in quanto solo con la conoscenza di sé, dei propri stati d'animo, pensieri e sentimenti è possibile superare le crisi emotive che impediscono a questi soggetti di prendersi cura di sé stessi in maniera adeguata.

I trattamenti Evidence Based rispecchiano pienamente questi principi. La terapia basata sulla mentalizzazione, la psicoterapia focalizzata sul transfert e la Schema-Focused Therapy si sono dimostrate tutte molto efficaci nel trattamento dei soggetti con BPD. Tuttavia, quella che si è distinta maggiormente per efficacia e approfondimento rimane la terapia dialettico-comportamentale. Questo tipo di intervento pone meno attenzione nell'impiego dei metodi cognitivi, focalizzandosi sull'apprendimento e la pratica di nuove abilità; attraverso lo sviluppo di schemi cognitivi e comportamentali più adattivi e flessibili che vanno a sostituire

le modalità dannose e distruttive, sia per sé stessi che per gli altri. La DBT si è dimostrata molto efficace nella riduzione dei sintomi e dei comportamenti del BPD, inclusi parasuicidi, tentativi di suicidio, difficoltà relazionali e instabilità emotiva. Inoltre, si è riscontrato anche un miglioramento nei disturbi in comorbilità come tossicodipendenza, disturbi dell'alimentazione, disturbi depressivi e di ansia; fatto che genera molte difficoltà nel trattamento dei soggetti borderline.

La DBT tradizionale però risulta essere un trattamento molto impegnativo, a causa dell'intensità terapeutica, della durata del trattamento e della formazione del terapeuta, oltre che avere quindi un costo significativo sia per il singolo individuo e che per il sistema sanitario. Pertanto, negli ultimi anni si è sviluppata l'opportunità di offrire ai soggetti con BPD dei training delle abilità autonomi. Questi interventi si sono rivelati molto efficaci: hanno dimostrato una riduzione del disagio psicologico, causato da rabbia e depressione, una riduzione della frequenza e della gravità dei comportamenti suicidari e auto mutilanti, della disregolazione emotiva e delle capacità di coping disfunzionali e infine, ma non meno importante, un aumento della consapevolezza e dell'uso delle abilità.

Uno di questi interventi di DBT-Skills Training autonomo è l'attività di Social Skills Training che ha l'obiettivo principale di sviluppare e mantenere la competenza sociale che riguarda le capacità comunicative di espressione e ricezione, di conversazione e assertive che permettono ai soggetti di avere una vita socialmente indipendente. Il training delle abilità sociali utilizza tecniche quali il rinforzo, il modeling, il gioco di ruolo, l'automatizzazione e la generalizzazione delle abilità alla vita quotidiana, fondamentali per l'apprendimento delle competenze interpersonali.

Quest'attività, dopo una formazione più specifica, può essere condotta dall'educatore professionale che dovrà sviluppare una relazione caratterizzata dalla fiducia reciproca e dalla condivisione di obiettivi e compiti del trattamento. Con i soggetti con BPD è importante che l'operatore si focalizzi su un approccio empowering, ovvero verso una condizione di maggiore responsabilità e autonomia del singolo individuo. L'educatore deve essere calmo, paziente, adeguatamente esigente, ottimista, flessibile, pratico, empatico e competente, e soprattutto non deve mai lavorare da solo ma collaborare con tutto il resto dell'équipe ai fini di un trattamento migliore, per una condizione di disturbo ormai sempre più diffusa all'interno della nostra società.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Kernberg OF. What Is Personality?. Journal of Personality Disorders [internet]. Marzo 2016 [consultato il 26 gennaio 2022]; 3(2):45-156. Disponibile all'indirizzo: https://doi.org/10.1521/pedi.2106.30.2.145

2. Sexton J, Hilton M, Benson S, Rosen A. Exploring Kernberg's Model of Personality Functioning as a Moderator of Traits: Focus on DSM-5's Section III Alternative Model of Personality Disorder. J Am Psychoanal Assoc. Dicembre 2019;67(6):1047–55. doi: 10.1177/0003065119898772

3. Skodol A. Manuale MSD Versione per i professionisti [internet]. Panoramica sui disturbi di personalità; 2019 [modificato a dicembre 2019; consultato il 26 gennaio 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalit%C3%A0/panoramica-sui-disturbi-di-personalit%C3%A0

4. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. The Lancet. Febbraio 2015;385(9969):717–26. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4

5. Weekers LC, Hutsebaut J, Zimmermann J, Kamphuis JH. Changes in the classification of personality disorders: Comparing the DSM–5 Section II personality disorder model to the alternative model for personality disorders using structured clinical interviews. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment [Internet]. 7 ottobre 2021 [consultato il 1° febbraio 2022]. Disponibile all'indirizzo: http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/per0000512

6. Skodol AE, Bender DS, Morey LC, Clark LA, Oldham JM, Alarcon RD, et al. Personality Disorder Types Proposed for DSM-5. Journal of Personality Disorders. Aprile 2011;25(2):136–69. https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.136

7. Milinkovic MS, Tiliopoulos N. A systematic review of the clinical utility of the DSM–5 section III alternative model of personality disorder. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. Novembre 2020;11(6):377–97. https://doi.org/10.1037/per0000408

8. Giacchetti N, Aceti F, Meuti V. European Journal of Psychoanalysis [internet]. Disturbo di personalità nel DSM-5; 2013 [consultato l'8 febbraio 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.journal-psychoanalysis.eu/i-disturbi-di-personalita-nel-dsm-5/.

9. Gunderson JG, Hoffman PD. Disturbo di personalità borderline. Una guida per professionisti e familiari. Clerici M, a cura di. Milano: Springer-Verlag Italia; 2010. 150 p.

10. Ingenhoven TJM, Duivenvoorden HJ, Brogtrop J, Lindenborn A, van den Brink W, Passchier J. Brief Communications: Interrater Reliability for Kernberg's Structural Interview for Assessing Personality Organization. Journal of Personality Disorders. Ottobre 2009;23(5):528–34.

11. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. Nat Rev Dis Primers. 7 giugno 2018;4(1):18029. https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29

12. Irwin L, Malhi GS. Borderline personality disorder and ICD-11: A chance for change. Aust N Z J Psychiatry. luglio 2019;53(7):698–700. https://doi.org/10.1177/0004867419837365

13. Bertsch K, Herpertz SC. Neurobiologische Grundlagen der Borderline-Störung: eine Integration in das ICD-11-Modell der Persönlichkeitsstörungen. Nervenarzt. Luglio 2021;92(7):653-59.

14. Oldham J. Borderline Personality Disorder and DSM-5. Journal of Psychiatric Practice. Maggio 2010;16(3):143. https://doi.org/10.1097/01.pra.0000375709.39713.9b

15. Bach B, Sellbom M. Continuity between DSM-5 Categorical Criteria and Traits Criteria for Borderline Personality Disorder. Can J Psychiatry. Agosto 2016;61(8):489–94. https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29

16. Baranello M. SRM Psicologia, Diagnosi e Cura del Disturbo Borderline di Personalità [internet]. Disturbo borderline di personalità: sintomi e diagnosi clinica DSM-5; settembre 2016 [consultato il 9 febbraio 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.srmpsicologia.com/borderline/dagnosi.htm

17. Trull TJ, Distel MA, Carpenter RW. DSM-5 Borderline Personality Disorder: At the Border Between a Dimensional and a Categorical View. Curr Psychiatry Rep. Febbraio 2011;13(1):43-9.

18. Samza M, Asioli F, Ferrannini L. Disturbo borderline di personalità: continuità e discontinuità nel trattamento. Milano: Edi.Ermes; 2010. 193.

19. Paris J. Il disturbo borderline di personalità. Riccucci M, a cura di. Bologna: il Mulino; 2011. 295.

20. Clarkin JF. Theories and Treatment of Borderline Personality Disorder: Commentary on Gunderson et al. Journal of Personality Disorders. Aprile 2018;32(2):175–80. https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.2.175

21. Bellino S, Brunetti C, Bozzatello P. La psicoterapia del disturbo borderline di personalità: aspetti critici e proposte terapeutiche. Riv Psichiatr. 2016;51(1):11-19. doi: 10.1708 /2168.234466

22. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment. Psychoanalytic Inquiry. Novembre 2013;33(6):595–613. https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170

23. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. The Lancet. Gennaio 2011;377(9759):74–84. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5

24. Kernberg OF, Michels R. Borderline Personality Disorder. AJP. M aggio 2009;166(5):505–8. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020263

25. Nicolò G, Azzara C, Cantelmi V. Sintesi delle evidenze scientifiche e delle Linee Guida per il trattamento del Disturbo Borderline e Antisociale di Personalità. Cognitivismo clinico. 2021;(1):41–66. https://doi.org/10.36131/COGNCL20210103

26. Prasun MA. Evidence-based practice. Heart & Lung. Marzo 2013;42(2):84. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.12.006

27. Cook SC, Schwartz AC, Kaslow NJ. Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. Neurotherapeutics. Luglio 2017;14(3):537–45.

https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-

28. Kirmayer LJ. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. Social Science & Medicine. Luglio 2012;75(2):249–56. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.018

29. Gaudiano BA, Miller IW. The evidence-based practice of psychotherapy: Facing the challenges that lie ahead. Clinical Psychology Review. Novembre 2013;33(7):813–24. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.004

30. Reeves-Dudley B. Borderline Personality Disorder Psychological Treatment: An Integrative Review. Archives of Psychiatric Nursing. Febbraio 2017;31(1):83–7. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.08.009

31. Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. Curr Behav Neurosci Rep. Marzo 2017;4(1):21–30. https://doi.org/10.1007/s40473-017-0103-z

32. Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Maltsberger JT. Common Factors in Empirically Supported Treatments of Borderline Personality Disorder. Curr Psychiatry Rep. Febbraio 2011;13(1):60–8 https://doi.org/10.1007/s11920-010-0167-x

33. Thoma N, Pilecki B, McKay D. Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. Psychodynamic Psychiatry. Settembre 2015;43(3):423–61. https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423

34. Zanarini MC. Psychotherapy of borderline personality disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. Novembre 2009;120(5):373–7. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x

35. Barnicot K, Crawford M. Dialectical behaviour therapy *v.* mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. Psychol Med. Settembre 2019;49(12):2060–8. https://doi.org/10.1017/S0033291718002878

36. Daubney M, Bateman A. Mentalization-based therapy (MBT): an overview. Australas Psychiatry. Aprile 2015;23(2):132–5. https://doi.org/10.1177/1039856214566830

37. Hersh RG. Applied Transference-Focused Psychotherapy: An Overview and Update.

Psychodynamic Psychiatry. Giugno 2021;49(2):273–95. https://doi.org/10.1521/pdps.2021.49.2.273

38. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. Giugno 2009;40(2):317–28. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002

39. O'Connell B, Dowling M. Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder: DBT in BPD. J Psychiatr Ment Health Nurs. Agosto 2014;21(6):518–25. https://doi.org/10.1111/jpm.12116

40. Bendit N. Reputation and science: examining the effectiveness of DBT in the treatment of borderline personality disorder. Australas Psychiatry. Aprile 2014;22(2):144–8. https://doi.org/10.1177/1039856213510959

41. Heerebrand SL, Bray J, Ulbrich C, Roberts RM, Edwards S. Effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group for adults with borderline personality disorder. J Clin Psychol. Luglio 2021;77(7):1573–90. https://doi.org/10.1002/jclp.23134

42. May JM, Richardi TM, Barth KS. Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. Mental Health Clinician. 1° marzo 2016;6(2):62–7. https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.62

43. Linehan ML. Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello DBT. Nuova edizione. Barone L, Maffei C, a cura di. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2021. 624.

44. Smith A, MacDougall D. Dialectical Behaviour Therapy for People with Borderline Persoanlity Disorder: A Rapid Qualitative Review. CADTH rapid response report: summary with critical appraisal. Novembre 2020; 21.

45. Kells M, Joyce M, Flynn D, Spillane A, Hayes A. Dialectical behaviour therapy skills reconsidered: applying skills training to emotionally dysregulated individuals who do not engage in suicidal and self-harming behaviours. bord personal disord emot dysregul. Dicembre 2020;7(1):3. https://doi.org/10.1186/s40479-020-0119-y

46. Flynn D, Kells M, Joyce M. Dialectical behaviour therapy: Implementation of an evidence-based intervention for borderline personality disorder in public health systems. Current Opinion in Psychology. Febbraio 2021;37:152–7. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.01.002

47. Lyng J, Swales MA, Hastings RP, Millar T, Duffy DJ, Booth R. Standalone DBT Group Skills Training Versus Standard (i.e. All Modes) DBT for Borderline Personality Disorder: A Natural Quasi-experiment in Routine Clinical Practice. Community Ment Health J. Febbraio 2020;56(2):238–50. https://doi.org/10.1007/s10597-019-00485-7

48. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2001;69(6):1061–5. https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.1061

49. Gunderson JG, Fruzzetti A, Unruh B, Choi-Kain L. Competing Theories of Borderline Personality Disorder. Journal of Personality Disorders. 2018;32(2):148-66.

50. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. Behaviour Research and Therapy. Settembre 2010;48(9):832–9. https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017

51. Euler S, Stalujanis E, Allenbach G, Kolly S, de Roten Y, Despland J-N, et al. Dialectical behavior therapy skills training affects defense mechanisms in borderline personality disorder: An integrative approach of mechanisms in psychotherapy. Psychotherapy Research. 8 novembre 2019;29(8):1074–85. https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497214

52. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. Behaviour Research and Therapy. Maggio 2009;47(5):353–8. https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013

53. Heath N, Midkiff MF, Gerhart J, Turow RG. Group-based DBT skills training modules

are linked to independent and additive improvements in emotion regulation in a heterogeneous outpatient sample. Psychotherapy Research. 17 novembre 2021;31(8):1001–11. https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1878306

54. Schmaling KB, Fales JL, Linehan MM. Treatment for Borderline Personality Disorder and Secondary Effects on Somatization. Journal of Personality Disorders. Agosto 2021;35(4):632–40. https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_469

55. Oliveira C, Faria S, Simões de Almeida R, Queirós C, Marques A. Virtual reality in social skills training for people with schizophrenia. Translational Issues in Psychological Science. settembre 2021;7(3):248–60. https://doi.org/10.1037/tps0000301

56. Bellack AS, Mueser SG, Agresta J. Social Skills Training per il trattamento della schizophrenia - guida pratica. Nicolò G, a cura di. Torino: Centro Scientifico Editore; 2003. 308.

57. Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, van der Gaag M, Karyotaki E, MacBeth A. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. Schizophrenia Bulletin. 6 aprile 2018;44(3):475–91. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx146

58. Zinzi E. Psicologo-taranto [Internet]. Social Skills Training, Training delle abilità sociali; 2017 [consultato il 17 febbraio 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://www.psicologo-taranto.com/2017/07/05/social-skills-training-training-delle-abilita-sociali/

59. Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS. ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute. 16ª ristampa. Leonardi M, a cura di. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson; maggio 2021. 234.

60. Tyler PM, Aitken AA, Ringle JL, Stephenson JM, Mason WA. Evaluating social skills training for youth with trauma symptoms in residential programs. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. Gennaio 2021;13(1):104–13. https://doi.org/10.1037/tra0000589

61. Zindato V. Lasalutementale [Internet]. Progetto "Social Skills Training": l'addestramento alle abilità sociali per pazienti con patologia psichiatrica grave; 28 aprile 2009 [consultato il 17 febbraio 2022]. Disponibile all'indirizzo: https://lasalutementale.myblog.it/2009/04/28/progetto-social-skills-training-l-addestramento-alle-abilita/

62. Mikami AY, Smit S, Khalis A. Social Skills Training and ADHD—What Works? Curr Psychiatry Rep. Dicembre 2017;19(12):93. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0850-2

63. Ottavi P, D'Alia D, Lysaker P, Kent J, Popolo R, Salvatore G, et al. Metacognition-Oriented Social Skills Training for Individuals with Long-Term Schizophrenia: Methodology and Clinical Illustration: MOSST for Individuals with Long-Term Schizophrenia. Clin Psychol Psychother. Settembre 2014;21(5):465–73. https://doi.org/10.1002/cpp.1850

64. Inchausti F, García-Poveda NV, Ballesteros-Prados A, Ortuño-Sierra J, Sánchez-Reales S, Prado-Abril J, et al. The Effects of Metacognition-Oriented Social Skills Training on Psychosocial Outcome in Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. Schizophrenia Bulletin. 17 ottobre 2018;44(6):1235–44. https://doi.org/10.1093/schbul/sbx168

65. D'Abate L, Delvecchio G, Ciappolino V, Ferro A, Brambilla P. Borderline personality disorder, metacognition and psychotherapy. Journal of Affective Disorders. Novembre 2020;276:1095–101. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.117

66. Inchausti F, García-Poveda NV, Ballesteros-Prados A, Fonseca-Pedrero E, Ortuño-Sierra J, Sánchez-Reales S, et al. A pilot study on feasibility, acceptance and effectiveness of metacognitive-oriented social skills training in schizophrenia. BMC Psychiatry. Dicembre 2017;17(1):217. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1378-z

67. Bedics JD, Atkins DC, Comtois KA, Linehan MM. Weekly therapist ratings of the therapeutic relationship and patient introject during the course of dialectical behavioral therapy for the treatment of borderline personality disorder. Psychotherapy. 2012;49(2):231–40. https://doi.org/10.1037/a0028254

68. Larsen CM, Terkelsen AS, Carlsen A-MF, Kristensen HK. Methods for teaching evidence-based practice: a scoping review. BMC Med Educ. Dicembre 2019;19(1):259. https://doi.org/10.1186/s12909-019-1681-0

69. Koerner K. What Must You Know and Do to Get Good Outcomes With DBT? Behavior Therapy. Dicembre 2013;44(4):568–79. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.005