La formazione e la supervisione di gruppo nella cura del Disturbo Borderline di Personalità

Giuseppe Corlito

Psichiatra, neuropsichiatria infantile, psicoterapeuta,

Studio: Via Tevere n. 45 58100 Grosseto,

3389715576

giuseppe.corlito@tin.it

Inviato il 20.5.2015 rivisto il 18.6.2015 accettato il 30.6.2015

Riassunto

L'articolo riferisce dell'esperienza del programma complesso di trattamento del DBP del DSM di Grosseto, a cui il gruppo di lavoro ha dedicato un volume che descrive l'intero percorso. In particolare descrive la metodologia della supervisione di gruppo.

Metodi. Il programma complesso comprende: una terapia farmacologica razionale al minimo dosaggio utile, una presa in carico della famiglia, un percorso psicoeducazionale per il paziente e la sua famiglia, un programma abitativo e di lavoro supportato nella comunità, una rete di interventi di supporto, una psicoterapia psicodinamica individuale prolungata. Il fulcro del programma è la supervisione di gruppo, condotta mensilmente da un supervisore esperto esterno al servizio.

Materiali. Il campione comprende 14 maschi e 10 femmine (età media di 32,5 anni, dev.st. 13,6; 6 < 18 anni). Il periodo medio di trattamento è 3,6 anni (dev.st. 2,3). Il 46 % sono ancora "in cura", una paziente è deceduta per incidente stradale, 4 pazienti sono in drop-out. Il numero medio di ricoveri in reparto psichiatrico è 2,3 (dev.st 4,1). Si tratta di brevi ricoveri secondo il modello "toscano". 2 pazienti sono stati ricoverati in OPG, successivamente dimessi. In base al DSM IV TR, il 50% presenta una diagnosi psichiatrica di Asse I in associazione al disturbo di personalità, il 38% presenta problemi correlati all'uso di sostanze. Nel 96% dei casi sono state coinvolte più figure professionali e/o più servizi. Nel 67 % dei casi è stato effettuato anche un intervento psicofarmacologico e un intervento riabilitativo. Nel 79 % dei casi sono stati effettuati interventi familiari. Per una valutazione di esito è stata utilizzata la HoNOS-Roma. Applicando il t di Student per dati appaiati, la valutazione di follow-up mostra una riduzione significativa del punteggio totale (indicativo di un miglioramento globale dell'esito) ed una riduzione significativa dei primi 3 fattori sui 4 globali, indicativi rispettivamente di un miglioramento del "Funzionamento personale e sociale", della "Depressione" e dei "Disturbi comportamentali e psicopatologici".

Conclusioni. Ciò conferma il modello di trattamento complesso del DBP dell'esperienza grossetana.

Abstract

The article reported on the experience of the complex treatment program of BPD in Mental Health Department of Grosseto, in which the working group has dedicated a book that describes the entire route. In particular describes the methodology of the supervision group.

Methods. The complex program includes: a rational drug therapy to a minimum helpful dosage, treatment of the family, a psychoeducational path for the patient and his family, a program supported living and working in the community, a network of support interventions, individual prolonged psychodynamic psychotherapy. The focus of the program is the supervision group, conducted monthly by an external expert supervisor.

Materials. The sample includes 14 men and 10 women (mean age 32.5 years, 13.6 st.dev.; 6 <18 years). The mean period of treatment was 3.6 years (2.3 st.dev.). 46% are still "in treatment ", a patient died in road accident, 4 patients are in drop-out. The average number of admissions to the psychiatric ward was 2.3 (4.1 st.dev.). They were short hospitalizations according to the "Tuscan" model. 2 patients were admitted to OPG, subsequently discharged. According to DSM IV TR, 50% have an I Axis psychiatric diagnosis in association with personality disorder, 38% have problems related to substance use. In 96% of cases more professionals and/or more services were involved. In 67% it was also made a psychopharmacological intervention and rehabilitative. In 79% they were made family interventions. For an assessment of outcome was used HoNOS-Rome. Applying the Student t for paired data, the evaluation of follow-up shows a significant reduction of the total score (indicative of an overall improvement of the outcome) and a significant reduction of the first 3 factors on global 4, respectively indicative of an improvement in the "Operation personal and social", the "Depression" and the "behavioral and psychopathological disorders."

Conclusions. This confirms the pattern of complex treatment of DBP of Grosseto experience.

Introduzione

L'articolo riferisce dell'esperienza decennale del gruppo di supervisione del trattamento complesso delle persone con DBP del DSM di Grosseto(1). L'esperienza fa riferimento a quella che Stefano Bolognini, attuale Presidente dell'Associazione Psicoanalitica Internazionale, chiama "terza psichiatria": "Nell'immaginario giornalistico e televisivo, e perfino nella saggistica non specializzata, le psichiatrie ufficiali in Italia sono ancora due: quella neuro-psichiatrico-organicistico-biologico-farmacologica, dominante nelle sedi universitarie e fortemente sovvenzionate (come è ovvio che

sia) dall'industria farmaceutica e quella di stampo politico-sociale, residuo post-antipsichiatrico tuttora supportato, a decenni di distanza, dall'onda lunga di un potere politico che aveva accolto con un certo entusiasmo i lati utili e quelli più semplificati e de-tecnicizzati della rivoluzione basagliana… Questa 'terza psichiatria' (radicalizzo un po' questa tripartizione per rendere giustizia alla parte più misconosciuta della realtà psichiatrica) esiste, dunque, ed è operativa ed efficace ormai da molto tempo: ma viene ben poco 'detta'" (1). La terza psichiatria è animata dal bisogno etico di stare dalla parte del paziente e della sua famiglia, garantendo il servizio tecnicamente e scientificamente più attrezzato, che si sottopone di buon grado alla valutazione del proprio lavoro e delle proprie esperienze accumulate nel corso degli anni (2).

Qualcuno si è preso la briga di contare tutti i tipi di approccio psicoterapico esistenti: ne ha individuato oltre 500 (3), un numero sterminato che attesta lo stato di frammentazione attuale del nostro campo disciplinare. Anche settori, che teoricamente dovrebbero essere più compatti, come quello psicoanalitico, sono segmentati al loro interno, tanto che il Presidente dell'Associazione Psicoanalitica Internazionale fin dal congresso di Montreal del 1986 si chiese, al di là delle dissidenze storiche, "quante psicoanalisi esistono?" (4). Tutti questi approcci hanno una pretesa "di scuola" per usare l'espressione di un celebre maestro come Gaetano Benedetti (5), cioè pensano a se stessi come ad una sorta di "panacea per tutti i mali", cioè come ad una modalità preformata capace di affrontare ogni tipo di problema. Tale atteggiamento in Italia è stato esasperato dalla legge Ossicini, che, movendo dall'esigenza incontestabile di definire lo statuto amministrativo-professionale degli psicologi, ha preteso di regolamentare il campo della psicoterapia per legge (esempio più unico che raro al mondo). Quindi da noi ancor più che altrove ogni psicoterapia, anche se con le più piccole varianti, può essere una "scuola di specializzazione" riconosciuta per legge. Questo si scontra paradossalmente col fatto che pochi si occupano della formazione personale degli allievi, cioè se questi abbiano l'occasione di affrontare le proprie problematiche psicologiche individuali, in modo da risparmiare ai loro futuri pazienti la complicazione di doversi far carico anche dei problemi di salute mentale dei loro terapeuti, o di imparare almeno a lavorare proficuamente in gruppo con altri operatori. In questo senso è particolarmente utile la modalità del training analitico, la cui prima mossa è mettere l'aspirante terapeuta nella posizione del paziente, cosa che mette al riparo da ogni idea onnipotente e da ogni possibile ortodossia. Non c'è un'unica tecnica totipotente capace di affrontare ogni problema psicopatologico e chi si arroga il titolo di psicoterapeuta, con tutti i suoi fregi legali e accademici, non è adatto ad incontrare ogni tipo di paziente e sarebbe saggio che riuscisse a capirlo per tempo e a dirlo a chi lo consulta.

Perciò è fondamentale il training personale e quello analitico in particolare: la domanda, che viene rivolta transferalmente al paziente, è rivolta controtrasferalmente al terapeuta e il sale del dubbio sono il condimento di questa continua ricerca di senso. Così è storicarmente interessante il "gruppo degli ungheresi", i cosiddetti "ingegneri della psicoanalisi" (quelli della Tavistock Clinic, a partire da Melanine Klein, fino a Balint, Malan, Alexander negli USA), cioè gli allievi di Ferenczi che avevano scelto di essere "attivi" nella relazione terapeutica e di adattare la psicoanalisi a contesti che inizialmente Freud aveva escluso dal campo d'indagine (6).

Metodi

La valutazione dell'efficacia delle psicoterapie è stata fin dall'inizio una spina interrogativa della collaborazione tra l'autore e Barnà. Il primo gruppo di supervisione, attivato presso il servizio di salute mentale di Arezzo nel 1986 e durato fino al 1992, era interno ad una ricerca finanziata dalla Regione Toscana per la valutazione delle psicoterapie brevi o meglio *time limited setting* (7). Allora, alla luce del confronto con le formazioni dei vari partecipanti al gruppo, si formò sul campo l'idea che vi fossero diverse indicazioni tecniche a seconda del tipo di problema psicopatologico. La stagione della Evidence Based Medicine – con tutti i suoi limiti di applicabilità al mondo reale - ha avuto un vantaggio: oggi tutti gli approcci devono tentare di dimostrare la loro efficacia per poter "reggere sul mercato", a meno di condannarsi a sopravvivere come "sette" marginali. La fiducia nelle scienze non può che essere limitata: seguire procedure che ricevono il consenso della comunità scientifica tiene attivo il dubbio e evita di commettere errori grossolani. È un punto di vista del compianto Pierluigi Morosini (8), a cui dobbiamo gran parte degli studi valutativi fatti in Italia nel nostro campo. L'affermazione nell'ultimo decennio delle tecniche cognitivo-comportamentali, più facilmente manualizzabili e verificabili, ha introdotto questo problema con maggior forza. A mano a mano che si affrontano problemi più complessi, si perdono le sicurezze più semplici (o volendo più riduttive): i terapeuti cognitivo-comportamentali saranno costretti a riscoprire alcuni vecchi temi psicodinamici, inizialmente da loro trascurati, come sta accadendo per le emozioni o per la stessa nozione di inconscio. Bisognerebbe avere il coraggio di mettere in comune le certezze, identificando i tratti comuni che permettono il funzionamento di ogni setting terapeutico, la certezza delle dimensioni spazio-temporali del setting, l'atteggiamento empatico, l'assenza di giudizio e la capacità di ascolto e di comprensione. Questi tratti comuni dovrebbero essere oggetto dei percorsi formativi di ogni operatore dei servizi di salute mentale di comunità.

Il lavoro di Roth e Fonagy (*Psicoterapie e prove di efficacia*,1997, pubblicato in inglese con il più efficace titolo *What works for whom?*, tradotto nel sottotitolo italiano *Quale terapia per quale paziente*) ha chiarito in maniera abbastanza certa che vi sono indicazioni diversificate per le varie tecniche psicoterapiche (9). Le due paginette (pp. 358-359) delle loro conclusioni con la sinossi di tutte le evidenze disponibili sono auree. Dalla loro stessa revisione della letteratura emerge con chiarezza che le psicoterapie indicate per il DPB sono due: a) la terapia comportamentale dialettica di Marsha Linehan; b) le terapie psicodinamiche. La prima ha raccolto prove di evidenza, che permettono di dichiararla "chiaramente efficace", anche se limitata ai casi con tendenze parasuicidarie; le seconde sono classificate come "promettenti/con limitate prove di efficacia". È evidente la difficoltà a condurre studi di efficacia e di esito per una tecnica complessa come quella psicodinamica, ma abbiamo anche studi condotti con terapie dinamiche manualizzate (10) e dall'epoca della revisione di Roth e Fonagy altre evidenze sono state faticosamente raccolte (11, 12, 13). Quindi dobbiamo pensare che c'è stata una resistenza da parte dei cultori di queste terapie nel sottoporle a valutazione, una tendenza verso quella che Jervis (14) ha indicato come una *deriva mistica* o in alcuni scritti divulgativi addirittura una sorta di "chiacchierologia" (15). In letteratura si trova anche una forma intermedia alle due precedenti, la cosiddetta *terapia cognitivo-analitica* (16), utilizzata dal gruppo di Melburne per l'intervento precoce nel DBP (17), che nel suo essere multicomponenziale è parte di un programma di intervento simile al nostro grossetano. Tutte queste forme ammettono come necessaria una qualche forma di supervisione, così come prevedono le linee-guida NICE per il

DBP (18), che raccomandano di "dare particolare attenzione alla formazione e alla supervisione".

Metodologia della supervisione. La supervisione è una pratica frequentata e canonizzata in ambito psicoanalitico, in cui è individuale e indiretta: cioè l'allievo porta un caso seduta per seduta al suo supervisore nell'ambito della sua analisi didattica. La supervisione di gruppo conta minori riferimenti teorici e storici, a meno di voler risalire ai mercoledì sera in casa Freud agli inizi della Società Psicoanalitica Viennese. L'abbiamo considerata la forma più adatta ai servizi pubblici: dove istituzionalmente gruppi di operatori lavorano insieme nel garantire la continuità terapeutica per gli stessi casi clinici (19). Si pone anche il problema della convivenza dei diversi curricula formativi e le specifiche esperienze cliniche di dirigenti ed operatori: è impossibile ed anche non corretto allo stato attuale delle conoscenze selezionare il personale di un servizio pubblico alla luce di un'unica scuola. In alcuni paesi dove questo è avvenuto, è stato considerato una sorta di autoritarismo non democratico (20). Allora è necessario garantire per tutti un luogo, parallelo a quelli istituzionali, in cui i dirigenti e gli operatori possano riflettere sulle comuni esperienze sul campo e trovare modalità condivise di intervento. Si tratta di un processo, durato alcuni anni nell'esperienza grossetana, che da una parte tutela e valorizza le differenze culturali di provenienza dei singoli membri del gruppo e dall'altra costruisce per così dire dal basso una cultura operativa comune e pluridisciplinare. Questo processo può essere garantito dalla capacità del supervisore di fornire un vertice osservazionale esterno alle dinamiche istituzionali del sevizio (argomento oggi poco frequentato) e sufficientemente flessibile da permettere che ciascuno si senta parte creativa del gruppo. Il riferimento al caso clinico è inevitabile: la supervisione non può essere sul servizio, a meno di voler correre il rischio di un pericoloso "doppio potere" potenzialmente conflittuale tra la leadership istituzionale del servizio e quella del supervisore. Per questo fin dal titolo di questo articolo la "supervisione di gruppo" è distinta dalla "supervisione di equipe", intesa come attività istituzionale.

I livelli che si giocano nella supervisione di gruppo sono almeno due.

a. Il primo livello ha a che fare con i percorsi di formazione e di aggiornamento. Scrivono Roth e Fonagy a proposito delle "Implicazioni per controllare e orientare la disponibilità del servizio": "La nostra interpretazione dei dati è che numerose tecniche utilizzate da operatori ben addestrati e sotto attenta supervisione, in un contesto ben strutturato e controllato, sono potenzialmente sia sicure che efficaci… il solo training può non essere sufficiente ad assicurare uno standard adeguato di somministrazione terapeutica". E poi, poco oltre: "La supervisione nel campo della salute mentale da parte di un professionista qualificato e con adeguata esperienza potrebbe essere un requisito essenziale per la pratica della psicoterapia, in quanto questo tipo di intervento potrebbe migliorare gli standard della terapia offrendo inoltre ai terapeuti un'ulteriore occasione di formazione". Poi gli autori proseguono raccomandando un controllo continuo della somministrazione e dell'esito delle terapie anche con "l'uso di un sistema di schede" (9).

b. Il secondo livello è più profondo ed attiene alle dinamiche inconsapevoli che animano ogni gruppo di lavoro (se vogliamo secondo l'ipotesi bioniana del gruppo per assunti di base e del gruppo di lavoro in grado di apprendere dall'esperienza). Scrive Barnà: "Ne deriva la consapevolezza che in ogni gruppo di lavoro istituzionale debbano essere contemplati i fenomeni emozionali sottostanti, la loro influenza sul clima e sul funzionamento del gruppo, il loro contenimento ed elaborazione da parte degli aspetti realistici, cooperativi, dei membri nei vari ruoli rispetto al compito istituzionale manifesto; è necessario quindi che la gestione della leadership e dell'ideologia del gruppo tenga conto dell'esistenza delle ansie e dei bisogni basali presenti nel gruppo stesso" (1).

È quasi ovvia la considerazione che questi due livelli sono strettamente interconnessi; la formazione e il suo aggiornamento continuo garantiscono l'efficacia della terapia erogata e questo facilita il compito di lavorare produttivamente in gruppo, imparando dall'esperienza e innescando un circuito virtuoso dalla teoria alla pratica e viceversa; un supervisore capace garantisce entrambi i livelli: per così dire sia la terapia dei pazienti che quella dei terapeuti. Secondo Barnà "possiamo considerare la supervisione di gruppo come un contesto dove l'apprendimento degli elementi teorico-clinici, attinenti alla pratica psicoterapeutica, l'insegnamento da parte del supervisore e l'addestramento del gruppo si associano in una trasformazione più profonda favorita dall'elaborazione degli aspetti psicodinamici basali del gruppo" (ibidem).

Secondo Barnà (ivi, p. 29) gli "scopi diversi e integrabili tra loro", che sono attivati dalla supervisione di gruppo, sono i seguenti:

- una comprensione clinica che usufruisca dei vertici osservativi delle varie figure professionali presenti nel gruppo;
- la progressiva costituzione di un punto di vista e un linguaggio condiviso dai partecipanti al gruppo;
- la sperimentazione di una costituzione condivisa gruppale delle situazioni emotive prese in carico nella persona dei pazienti e delle loro famiglie;
- la costituzione di una cultura narrativa per la ricostruzione psicogenetica del disagio degli utenti;
- la sperimentazione e l'elaborazione condivisa delle situazioni dinamiche del gruppo;
- una formazione alle dinamiche di gruppo e alla lettura psicoanalitica della sofferenza mentale. (1)

Materiali

Nel corso dei 10 anni, in cui è durata l'esperienza di supervisione di gruppo al DSM di Grosseto, è stato sperimentato come questo tipo di assetto fosse particolarmente idoneo al lavoro con le persone con DBP. La cultura comune, costruita negli anni precedenti, e l'elaborazione delle vicissitudini del gruppo hanno permesso di affrontare al meglio delle modeste risorse disponibili l'emergenza dei casi borderline, che agli inizi degli anni zero ha cominciato a "squassare" i nostri servizi. Il gruppo grossetano si è trovato meglio attrezzato di altri, nonostante la collocazione in una zona periferica.

Innanzitutto era disponibile un servizio, che nella città di Grosseto poteva contare su un'articolazione funzionale di strutture, la quale comprendeva un servizio territoriale ben presente nella comunità con una assistenza infermieristica territorializzata, con attività riabilitative extra-murarie di

supporto al lavoro e di una rete di appartamenti assistiti nell'edilizia popolare; su una rete articolata per intensità di cura di strutture residenziali, dovuta alla riconversione attenta e faticosa di quella utilizzata per il superamento del manicomio fino alla costituzione di una comunità terapeutica per giovani utenti con gravi disturbi psichici ed infine su un piccolo reparto gestito a porte aperte e senza contenzione fisica, con una gamma di alternative diurne e notturne (il Centro diurno, il day hospital e il night hospital, ed alcuni letti "tecnici" da usare in via straordinaria e flessibile). Molti degli operatori di base avevano aderito alla metodologia dell'auto-aiuto e avevano costruito una rete di gruppi esistenti nella comunità e si erano formati ad una pratica terapeutica di base, la "psicoeducazione" ((Ian Falloon è stato formatore e supervisore del servizio dal 1996 al 2006, quando è precocemente deceduto). Un numero monografico di questa rivista on line (21) ha fatto il punto sullo stato di questo servizio, esaminando le luci e le ombre di un nuovo processo di deistituzionalizzazione che ha avviato in direzione di un intervento precoce applicato estensivamente. Alcuni elementi del programma complesso per il trattamento dei DBP erano già presenti almeno in nuce, un po' come nell'esperienza coeva sicuramente meglio studiata e attrezzata dei colleghi di Melburne, anch'essa dotata di una supervisione di gruppo (telefonica dall'Inghilterra!).

Schematicamente il programma complesso di cui sopra si componeva di 6 elementi:

I. una terapia farmacologica razionale al minimo dosaggio utile con un SSRI e uno stabilizzante dell'umore, integrato da un antipsicotico in caso di necessità;
II. una presa in carico della famiglia;
III. un percorso psicoeducazionale per il paziente e la sua famiglia;
IV. un programma di abitare e di lavoro supportato nella comunità;
V. una rete di interventi di supporto comprendenti una breve degenza in SPDC in caso di crisi, e soprattutto di condotte autolesive e la possibilità di un programma alternativo a termine nella nostra CT;
VI. una psicoterapia psicodinamica individuale prolungata.

Il programma era erogato da un gruppo multidisciplinare, che aveva la possibilità di accedere come gruppo alla supervisione, secondo le necessità anche più volte longitudinalmente. Questa rete di interventi, con una lettura condivisa del caso, ha permesso anche ai casi più seri, che facilmente rompevano il setting terapeutico, di accedere alla psicoterapia e di essere recuperati a tale intervento ad ogni rottura.

Se è vero che il meccanismo base che presiede alla dinamica della personalità borderline è quello della dissociazione, queste situazioni producono "onde dissociative" nella rete dei servizi e nella stessa "mente gruppale" degli operatori coinvolti. Ciò accade spesso nelle situazioni in cui la varietà dei sintomi esplicati coinvolge servizi diversi, in particolare l'uso delle sostanze, i problemi alimentari, i problemi dei minori e degli adolescenti (sia figli che genitori). I conflitti interprofessionali sono all'ordine del giorno. Allora la possibilità di riflettere tutti insieme e di formulare ipotesi comuni su quanto succede, con il contenimento delle dinamiche gruppali innescate, rende la supervisione di gruppo particolarmente indicata. Per così dire la mente del gruppo riflette e permette un'esperienza correttiva del paziente borderline e della sua mente.

Gabbard (22) ha notato come la capacità di lettura del transfert e le dinamiche controtrasferali siano una delle problematiche più rilevanti della psicoterapia del paziente borderline, con quella situazione tipica di "montagne russe" relazionali che li contraddistingue anche nella relazione con il terapeuta. Lo sforzo di contenimento di tali dinamiche intrapsichiche è particolarmente impegnativo. La supervisione di gruppo si è dimostrata il luogo più adatto per elaborarle e "reggere il colpo".

Risultati e discussione

Viene proposta l'analisi dei dati relativi ad un gruppo di 24 pazienti per i quali è stata condotta l'esperienza di supervisione ed è stato sperimentato il trattamento complesso precedentemente descritto.

Il campione è costituito da 14 maschi e 10 femmine, aventi età media di 32,5 anni (dev.st. 13,6); 6 pazienti, al momento della supervisione avevano età inferiore a 18 anni. Si tratta di giovani, come è ovvio che sia stante la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, con un'ampia deviazione standard legata alla scelta di non selezionare le persone candidate alla "presa in carico" secondo la "filosofia" del servizio.

Il periodo medio di presa in carico è 3,6 anni (dev.st. 2,3) a conferma che si tratta di un lavoro di lunga lena. Il 46 % (11 pazienti) sono ancora "in carico", una paziente è deceduta per incidente stradale, 4 pazienti hanno deciso unilateralmente di interrompere la "presa in carico" (drop-out).

Il numero medio di ricoveri in reparto psichiatrico nel periodo di presa in carico è 2,3 (dev.st 4,1). Si tratta di brevi ricoveri, secondo il modello "toscano", presenti solo per alcuni casi (8 per l'esattezza) e spesso con un tasso di ripetizione alto (in 7 casi su 8). Due pazienti sono stati ricoverati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Considerando i criteri diagnostici del DSM IV TR, 12 pazienti (50%) presentano una diagnosi psichiatrica di Asse I in associazione al disturbo di personalità. Il 38% (9 pazienti) presentano problemi correlati all'uso di sostanze (droghe e/o alcol).

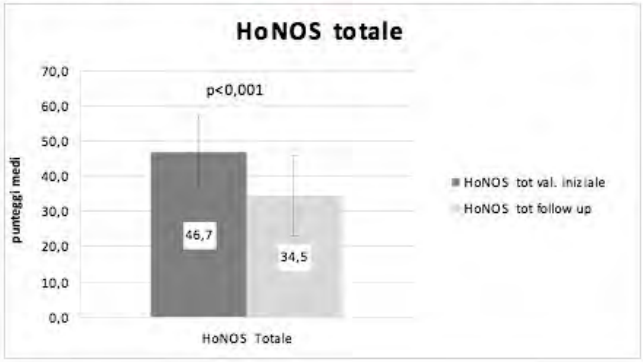
Circa la modalità di presa in carico, per 23 pazienti su 24 (96%) sono state coinvolte più figure professionali e/o più servizi (UF Salute Mentale Adulti, UF Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, UF Consultoriale, Servizio per le Tossicodipendenze, Servizio Sociale). Nel 67 % dei casi (16 pazienti) è stato effettuato anche un intervento psicofarmacologico ed in una stessa percentuale di casi (67%) è stato condotto anche un intervento riabilitativo, centrato sul lavoro e sull'abitare, in prevalenza si tratta di lavoro "normale" (soprattutto cooperativo) e di un'abitazione autonoma, in entrambi i casi supportato da un tutoraggio specifico. Nel 79 % dei casi sono stati effettuati interventi che hanno coinvolto i familiari. Quattro pazienti (17%) hanno effettuato un percorso terapeutico a carattere residenziale, che ha previsto per due casi l'inserimento nella comunità terapeutica per giovani utenti del DSM di Grosseto, "Chimera", con un programma intensivo a tempo determinato, per un caso

l'inserimento in una comunità per la "doppia diagnosi" e per un caso l'inserimento in un'altra struttura residenziale dell'UF Salute Mentale Adulti.

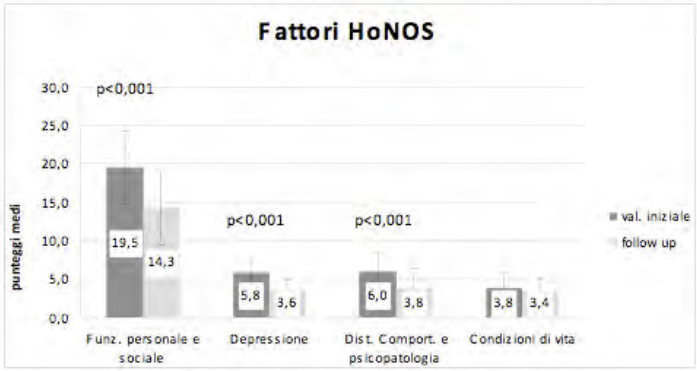
Per una valutazione di esito è stata utilizzata la Health of the Nation Outcome Scales, messa a punto a questo scopo dal sistema sanitario britannico, nella versione HoNOS-Roma (23). Essa è stata compilata in tutti i casi in esame dallo stesso valutatore, estraneo al trattamento a cui essi sono stati sottoposti, anche se facente parte dello stesso gruppo di lavoro, utilizzando tutte le informazioni disponibili raccolte dagli operatori referenti dei singoli casi.

Applicando come test statistico il t di Student per dati appaiati, pur con il limite della diversa durata del trattamento, osserviamo tra la valutazione iniziale (fase di presa in carico) e la valutazione di follow-up (ultima valutazione), una riduzione significativa del punteggio totale conseguito alla HoNOS-Roma (indicativo di un miglioramento globale dell'esito) (graf.1) ed una riduzione significativa dei primi tre fattori della HoNOS-Roma sui quattro globali, indicativi rispettivamente di un miglioramento del "Funzionamento personale e sociale", della dimensione "Depressione" e dei "Disturbi comportamentali e psicopatologici" (graf.2). D'altro canto era difficilmente possibile una variazione significativa del quarto fattore, "Condizioni di vita", riferito all'accesso a beni strumentali, a cui i nostri utenti attingono in base alle condizioni sociali mediamente sufficienti nel nostro comprensorio.

Graf.1: punteggio conseguito alla HoNOS-Roma dal campione dei 24 pazienti



Graf.2: punteggio conseguito ai fattori della HoNOS-Roma dal campione dei 24 pazienti



Conclusioni

Pur considerando i limiti di questa analisi, legati alla relativa esiguità numerica del campione, alla eterogeneità dei soggetti (presenza di 6 utenti con età inferiore a 18 anni, presenza di comorbidità), alla diversità dei tempi di trattamento, nel campione considerato (che riflette, appunto, il "mondo reale" dei nostri servizi) si evidenzia un sistematico approccio multidisciplinare con il coinvolgimento di più servizi e di figure professionali di diverso profilo, in maniera omogenea all'ipotesi di lavoro, un uso contenuto di psicofarmaci, del breve ricovero psichiatrico ospedaliero e delle strutture residenziali ad alta intensità assistenziale, interventi a carattere riabilitativo effettuati in più del 60% dei casi, un coinvolgimento dei familiari nella prevalenza dei casi. La valutazione di esito, pur con i limiti correlati alla specificità dello strumento utilizzato, evidenzia un miglioramento significativo nella valutazione di follow-up.

Tutto ciò va a confermare in misura sufficiente il modello di trattamento complesso del Disturbo Borderline di Personalità dell'esperienza grossetana, centrato sul lavoro multidisciplinare e sulla supervisione di gruppo.

Conflitto d'interessi: Nessuno. Il gruppo di supervisione condotto dal dott. Cono Aldo Barnà dal 2000 al 2010, in collaborazione con l'autore, è stato tenuto con l'unico finanziamento del budget del DSM della ASL 9 di Grosseto per la formazione.

Bibliografia

1. Barnà CA, Corlito G (a cura di). Emergenze borderline. Istituzione, gruppo, comunità. Milano: Franco Angeli; 2011.
2. Thornicroft G, Tansella M. Per una migliore assistenza psichiatrica. Roma: CIC; 2009.
3. Scorpiniti M. Breve guida alle terapie della mente. 2008; **http://web.i2000net.it/mscorpinitipsicologo/downloads/guida__terapie.pdf**
4. Wallerstain R S. "One psychoanalisis or many". International Journal Psicho-Analisis. 1988; 69:"5-22".
5. Benedetti G, Corsi Piacentini T, D'Alfonso L, Elia C, Medri G, Saviotti M. Paziente e analista nella terapia delle psicosi. Milano: Feltrinelli; 1979.
6. Haynal A. Freud, Ferenczi, Balint e la questione della tecnica. Torino: Centro Scientifico Editore; 1990.
7. Cesari G, Corlito G, Domenici F, Fusi P, Lippolis E, Nascimbeni P, Pennacchioni A, Petrillo M, Risito P, Rogialli S. "Resoconto sul programma di ricerca sulla psicoterapia breve ad orientamento psicoanalitico". La psicoterapia nel servizio di salute mentale . Pisa: ETS; 1988.
8. Morosini P. Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale. IV edizione, Roma: ISS; 2005. **www.epicentro.iss.it/focus/ocse/Cap2-Indicatori.pdf**
9. Roth A, Fonagy P. Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1997. (in inglese What works for whom?A Critical Review of Psychoterapy Research, The Guilfort Press, 1996)
10. Luborsky L. "Teoria e tecnica della psicoterapia dinamica: i fattori terapeutici e la formazione per incrementarli". Psicoterapia e scienze umane. 1992; XXVI (3): "43-56".
11. Perry JC, Bond M. "Empirical studies of psychoterapy for personality disorders". In Gunderson J G, Gabbard G O. Psychoterapy for personality disorders. Wasshington : American Psychiatric Press; 2000: "1 – 31".
12. Bateman A, Fonagy P. "Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder". British Journal of Psychiatry. 2000; 177: "138-143".
13. Leichsenring F, Leibing E. "The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis". American Journal Psychiatry. 2003; 160 (7): "1223-1232".
14. Jervis G. Sopravvivere al millennio. Milano: Garzanti; 1995.
15. Jervis G. "Se la psicoanalisi diventa chiacchiera". MicroMega. 1992; I: "147-157" (oggi in Contro il sentito dire. Torino: Bollati Boringhieri; 2014: "123-138")
16. Ryle A. Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: the Model and the Method. Chichester J. Wiley & Sons; 1997.
17. Conus P, McGorry PD. First-episode mania: a neglected priority for early intervention. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2002; 36 (2): "158–172".
18. NICE. Borderline personality disorder: Treatment and Management. The Nice Guideline. National collaborating centre for mental health; 2009. **http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/**
19. Barnà CA. "Livelli e problemi di strutturazione psicoterapeutica del servizio pubblico di salute mentale". In Martini P, Corlito G. La psicoterapia nel servizio di salute mentale. 1988: "4-21".
20. Hudolin Vl. Manuale di Algologia. Trento: Erickson; 1992.
21. Nuova Rassegna Studi Psichiatrici. 2012; 6. **www.usl7.toscana.it/NRSP/**
22. Gabbard GO. La psicoterapia dei pazienti borderline. Quaderni del centro Milanese di Psicoanalisi Cesare Mulatti; 2004.
23. Morosini P, Gigantesco A, Mazzarda A. Gibaldi L. HoNOS-Roma: una versione ampliata, personalizzabile e che facilita la compilazione ripetuta nel tempo dello strumento HoNOS. Epidemiologia e Psichiatria Sociale. 2003; 12: "53-62".

L'articolo è ricavato da un intervento tenuto al Convegno Nazionale di Cesenatico (18-19 ottobre 2012