Un protocollo di trattamento per il disturbo Borderline di Personalità nei servizi di Salute Mentale di Bologna

Martino Francesca[1], *Psicologa e Psicoterapeuta*

Monari Marco[2], *Psichiatra*

Beltrami Maria Grazia[2], *Psichiatra*

Bortolotti Biancamaria[2], *Psichiatra*

Donegani Ivonne[2], *Psichiatra*

Manzo Valentina[3], *Medico in formazione*

Menchetti Marco[1], *Psichiatra e Ricercatore in Psichiatria*

Sasdelli Anna[3], *Medico in formazione*

Tedesco Paola[3], *Medico in formazione*

Tonti Lorenza[2], *Psichiatra*

Berardi Domenico[1], *Professore Ordinario di Psichiatra*

Ringraziamenti: Si ringraziano i colleghi del Gruppo di Lavoro per aver contribuito allo sviluppo del programma: Silvia Agostini, Beatrice Balzarro, Valentina Bandieri, Roberta Bonafede, Sara Gibiino, LidiaPetrone, Cinzia Rocco, Enrico Maria Savoia, Angela Trappoli.

Affiliazione:

1. Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche DIMEC - Università di Bologna
2. Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP), Ausl Bologna
3. Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie DIBINEM - Università di Bologna

Corresponding author:
dott.ssa Francesca Martino email: **francesca.martino5@unibo.it**
telefono: 051/6584230

Riassunto

Introduzione: In Emilia Romagna sono state istituite recentemente le Linee di Indirizzo (LI) per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità (DGP) ispirate a quelle inglesi NICE e riadattate al contesto regionale. Queste raccomandano interventi psicoterapici erogati da una equipe multidisciplinare. In accordo con tali LI nel DSM-DP di Bologna è stato implementato dal 2013 un protocollo di intervento specifico per il Disturbo Borderline di Personalità (DBP), sviluppato in alcuni CSM della città. Metodi: Nelle sedi coinvolte nello studio è stato costituito un Gruppo di Lavoro composto da una equipe multidisciplinare dedicata allo sviluppo del progetto. Il protocollo è sviluppato in alcune fasi: una valutazione testistica standardizzata; un contratto di lavoro con il paziente sugli scopi da raggiungere con il trattamento; alcuni percorsi di cura, individuali, gruppali, familiari e psico-sociali. Il progetto è articolato in due anni, di cui il primo è stato dedicato all'arruolamento dei pazienti, il secondo al progetto di cura con i relativi follow-up a 6 mesi e 12 mesi dall'inizio dell'intervento. Risultati: Durante il primo anno, sono stati segnalati al GdL 104 casi con un'ipotesi diagnostica di DBP. 76 (73%) pazienti dei 104 valutati, sono risultati avere una diagnosi di DBP in accordo con i criteri del DSM-IV. Tra questi 53 (70%) hanno accettato le cure e sono stati assegnati ad uno o più degli interventi disponibili, mentre i restanti 23 (30%) hanno deciso di rifiutare il percorso proposto. Conclusioni: Una percentuale dei casi segnalati non avevano una diagnosi di DBP e questo testimonia la necessità di utilizzare sempre procedure diagnostiche standardizzate anche nei setting clinici quando si lavora con pazienti con quadri diagnostici eterogeni come il DBP. Un secondo dato di rilievo è il tasso di rifiuto del trattamento dei pazienti con DBP, che sottolinea l'importanza di predisporre interventi motivazionali, precedenti al trattamento che possano potenziare l'alleanza di questi pazienti e quindi poi l'adesione alle cure.

Summary

Introduction: Clinical Guidelines (CG) for the treatment of Severe Personality Disorder (SPD) have been published in Emilia Romagna Region, according to NICE Guidelines and adapted to the local background. The CG recommend psychotherapies and treatments provided from a multidisciplinary equipe. Accordingly, in 2013 a specific program for the treatment of Borderline Personality Disorder (BPD) has been implemented in some Community Mental Health Centers (CMHC) of Bologna. Methods: The program has been delivered by a multidisciplinary Work Group in each CMHC and it has been developed in steps: a structured psychometric assessment; therapeutic contract focused on treatment aims; different treatment paths (individual, group, familiar, psycho-social). In the 2-year-project patient enrollment, treatment and follow-up (after 6 and 12 months from the baseline) have been implemented. Results: During the first year 104 patients with a clinical diagnosis of BPD were referred to the Work Group. Of these, 76 (73%) had a BPD diagnosis, according with DSM-IV criteria. Of these, 53 (70%) accepted the program and were assigned to one or more treatments proposed, while 23 (30%) refused the treatment. Conclusions: Structured Assessment has been found to be useful to better recognize patients with BPD. The importance of motivational intervention before treatment has been highlighted in order to improve treatment engagement in patients with BPD.

Introduzione

Il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) rappresenta un rilevante problema di salute pubblica a causa della sua prevalenza nei servizi psichiatrici ambulatoriali e di ricovero(1,2), dell'elevata comorbilità con altre patologie psichiatriche e mediche, degli stili di vita e dei comportamenti problematici e ad alto rischio per la salute (e.g., minacce e tentativi suicidari, atti autolesivi, abuso di sostanze, etc.) (3), del limitato funzionamento sociale (4), della scarsa aderenza al trattamento (5,6), dell'elevato carico assistenziale da parte dei familiari (7-9).

Negli ultimi vent'anni si è assistito allo sviluppo di trattamenti psicoterapeutici efficaci per la cura del DBP (10,11), che hanno mostrato una sostanziale sovrapponibilità (12) e sono stati indicati dalle LG americane e inglesi (13,14) come trattamenti di elezione per il DBP.

Alla luce di ciò, le ricerche sostengono l'esistenza di alcuni fattori comuni nelle diverse terapie, che potrebbero mediare l'efficacia del trattamento con questi pazienti (15,16). Tra questi, gli elementi chiave individuati sono: 1) presenza di una equipe multidisciplinare specificatamente formata, 2) alta strutturazione degli interventi erogati, 3) supervisioni di equipe regolari e frequenti, 4) atteggiamento supportivo e orientato al cambiamento 5) buona alleanza di lavoro.

In Italia, le evidenze su protocolli di intervento specifici per tale disturbo risultano ancora limitate nel contesto dei servizi sanitari pubblici.

L'obiettivo del presente lavoro è quello di descrivere un programma di trattamento per i pazienti con DBP, istituito nel Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP) di Bologna, in accordo con le LI Regionali (17), la sua implementazione e il primo impatto che questo ha avuto sulla popolazione clinica a cui è stato proposto.

Materiali e Metodi

Programma di trattamento per il DBP

Da novembre 2013 il programma di trattamento per il DBP è stato approvato dal comitato etico del DSM-DP di Bologna (data 25/11/2013; EC code: 0002045) e implementato in 4 CSM, dove erano state condotte delle attività specifiche per il DBP (18-20). Il programma è fornito da un Gruppo Di Lavoro (GdL) costituito da: un referente clinico del GdL che coordina le attività del gruppo, tiene i contatti con le altre strutture che intervengono sul caso, valuta l'adeguatezza degli invii e ne monitora l'andamento; il gruppo dei facilitatori, costituito da un medico referente di ciascun CSM coinvolto con il compito di ricevere gli invii dei casi idonei e di promuovere il programma nel proprio setting di lavoro; il personale testistico che esegue le valutazioni standardizzate dei pazienti segnalati; il personale clinico che eroga gli interventi clinici.

a. **Valutazione psicodiagnostica standardizzata**:

Considerata la complessità di un inquadramento diagnostico accurato per il DBP, è stata realizzata una procedura di valutazione standardizzata per facilitare il riconoscimento dei casi idonei al trattamento (18,21). Tale procedura è sviluppata in alcuni incontri di valutazione testistica e uno finale di restituzione diagnostica. La batteria diagnostica prevede la somministrazione di: SCID-II (Structured Clinical Diagnostic Interview for DSM-IV–Axis II) (22) per la diagnosi di DP; Zan-BPD (23,24) per la valutazione dimensionale di aree specifiche compromesse (cognitiva, affettiva, impulsiva, relazionale); questionari self-report per la valutazione della disregolazione emotiva (Difficulties in Emotion Regulation Scale-DERS) (25,26), dell'aggressività (Aggression Questionnaire-AQ) (27,28), della sintomatologia depressiva (Beck Depression Inventory-BDI), dell'impulsività (Barratt Impulsiveness Scale-BIS) (29,30) e dell'autolesionismo (Self Harm Inventory) (31). L'incontro di restituzione è finalizzato a condividere con il paziente la diagnosi e le problematiche emerse dalla valutazione, che saranno poi bersaglio del trattamento e obiettivo di cura.

b. **Obiettivi di lavoro**

In seguito alla restituzione diagnostica, vengono stabiliti gli obiettivi del trattamento, definiti dalle aree problematiche emerse e dal tipo di intervento che viene proposto. L'offerta di cura si articola su percorsi differenti a cui i pazienti accedono su base volontaria con un orientamento dell'operatore che ha effettuato la valutazione e che l'ha condivisa con il GdL.

c. **Percorsi di cura**

Gruppo di skills training ad orientamento dialettico comportamentale

Ai pazienti che presentano delle problematiche prevalenti nel controllo emotivo e comportamentale viene proposto il gruppo di skills training ad orientamento DBT (10). Tale trattamento è condotto da un leader e un co-leader esperti nella tecnica, è costituito da 20 incontri settimanali di 1h e 30' ciascuno e ha l'obiettivo di insegnare le abilità previste dalla DBT (mindfulness, regolazione emotiva, efficacia interpersonale, tolleranza della frustrazione), finalizzate alla riduzione dei comportamenti problematici (autolesionismo, TS, abuso di sostanze ecc...) sostituiti da strategie più funzionali per affrontare i momenti di crisi.

Psicoterapia Individuale

Ai pazienti con prevalente sintomatologia depressiva e con maggiore difficoltà nel setting di gruppo viene proposto un percorso individuale e personalizzato. La psicoterapia individuale ha una matrice supportiva ed è focalizzata su obiettivi di cura condivisi con il paziente. Gli incontri vengono forniti con cadenza settimanale per la durata di un anno da medici e psicologi in formazione avanzata. Gli obiettivi della psicoterapia comprendono: supportare il paziente nel suo vissuto emotivo, migliorare la consapevolezza e il monitoraggio dei propri stati interni che precedono i comportamenti disfunzionali, individuare i predittori della crisi per intervenire adeguatamente e tempestivamente ed evitare l'ospedalizzazione. I percorsi di psicoterapia sono sottoposti a supervisione clinica settimanale da parte del responsabile clinico del GdL, esperto disciplinare nel settore.

La Psicoeducazione Familiare

Ai pazienti che presentano relazioni familiari particolarmente problematiche viene suggerito il "gruppo familiare multiplo" (GFM), un intervento psicoeducativo ideato da J.Gunderson (7). Il modello prevede 12 incontri a cadenza quindicinale per la durata di 6 mesi con i familiari di pazienti con DBP. Il gruppo è condotto da un Leader e Co-Leader, esperti nella tecnica ed ha lo scopo di fornire sostegno ai familiari, informazioni sulla diagnosi, sul decorso clinico e sulle tecniche di gestione e intervento nei momenti di crisi.

Case Management psico-sociale

Per i pazienti con problematiche severe di funzionamento generale viene affiancato un case-management psico-sociale, stabilito con una frequenza e un tempo indicato dallo psichiatra in base alle necessità del caso, volto al miglioramento delle condizioni psicosociali del paziente e alla facilitazione del suo inserimento nel programma di cura. Viene erogato da infermieri, educatori e assistenti sociali con esperienza e formazione specifica sul DBP. Il case management è finalizzato: al miglioramento delle condizioni psico-sociali del paziente (ricerca di un lavoro, promozione della cultura e istruzione, suggerimento di nuove attività sociali, cura della salute fisica ecc…); alla facilitazione della comunicazione tra le parti cliniche del programma, tra il paziente e le eventuali strutture coinvolte nel caso (es. Ser.T, Case di cure, comunità, servizi sociali ecc…).

d. **Riunioni di supervisione e coordinamento del GdL**

Il GdL si riunisce ogni mese per 2 ore con lo scopo di: discutere l'esito delle valutazioni dei pazienti arruolati e l'invio al trattamento più adeguato (personalizzazione dell'intervento); aggiornarsi sull'andamento clinico dei pazienti in trattamento; effettuare supervisioni cliniche dei pazienti in trattamento.

Procedura di arruolamento

I pazienti afferenti ai CSM con ipotesi di DBP vengono segnalati al referente della struttura e al personale testistico che effettua l'assessment psico-diagnostico. Ai pazienti che rientrano nei criteri di inclusione dello studio (età compresa tra i 18 e i 45 anni; presenza di una diagnosi di DBP; assenza di sintomi psicotici, deficit cognitivi e difficoltà di comprensione della lingua italiana) viene richiesta la partecipazione al protocollo. I pazienti che accettano l'arruolamento sono poi sottoposti a review psicometrica a 6 e 12 mesi dall'inizio dell'intervento per valutarne l'efficacia. Lo studio ha durata complessiva di 2 anni, di cui il primo è destinato all'arruolamento dei casi e all'inizio dell'intervento, il secondo al termine dei trattamenti e allo svolgimento del follow-up.

Risultati

Durante il periodo dell'arruolamento (Nov 2013-Dic 2014) sono stati segnalati 104 casi con un'ipotesi diagnostica di DBP. Di questi 104 casi solo 76 (73%) risultavano avere una diagnosi di DBP, effettuata mediante batteria diagnostica. I restanti 28 casi (27%) con Altra Condizione Clinica (ACC) sono stati così diagnosticati: 19 DP di cui 6 appartenenti al Cluster B (1 DP Narcisistico, 5 DP Istrionico); 3 al Cluster A (1 DP Paranoide, 1 DP Schizotipico, 1 DP Schizoide) e 10 al Cluster C (2 DP Ossessivo Compulsivo, 3 DP Dipendente, 5 DP Evitante); 9 pazienti invece non presentavano alcuna diagnosi di Asse II. I due sottogruppi (DBP vs ACC) differivano in maniera significativa alla baseline (Tabella 1) per: variabili cliniche (giorni di ospedalizzazione e numero di accessi non programmati nei 6 mesi precedenti alla baseline), sintomatiche (impulsività, aggressività, disregolazione emotiva), di funzionamento socio-lavorativo (WSAS) e sull'utilizzo di farmacoterapia (stabilizzatori dell'umore). Non si evidenziano differenze significative per quanto riguarda l'utilizzo di altri farmaci né per la situazione socio-demografica (età, sesso, esordio, status sociale).

Tabella 1 Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei campioni con DP B e ACC

	DPB (N=76)	ACC (N=28)	t; X^2
Età, media (ds)	33 (10.7)	34 (10.6)	.65
Genere, femminile, n (%)	58 (76)	19 (68)	2.4
Titolo di studio, inferiore, n (%)	22 (28.9)	7 (25)	.22
Occupati, n (%)	38 (50)	14 (50)	.92
Single, n (%)	51 (67.1)	18 (64.3)	.71
Ospedalizzazioni, n (%)	18 (25)	3 (10)	.05*
Visite Urgenti media (ds)	0.5 (0.5)	0.2 (0.4)	.04*
BIS media (ds)	71.8 (9.5)	66.5 (7.9)	.02*
DERS media (ds)	111.2 (19.5)	97 (20.4)	.01*
AQ media (ds)	85.1 (16.3)	73.5 (16.7)	.01*
DES media (ds)	21.2 (16.5)	10.2 (9.1)	.01*
SHI media (ds)	8.1 (4.3)	5 (4.4)	.01*
BDI media (ds)	24.3 (12.9)	17.3 (11.2)	.02*
WSAS media (ds)	3.9 (1.8)	2.3 (1.8)	.00**

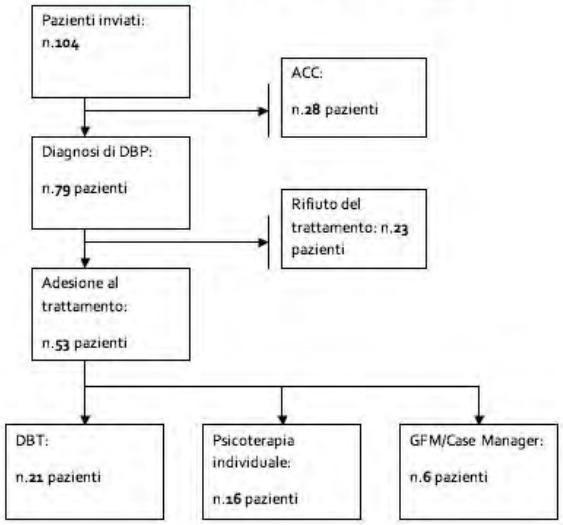
Note: *p<.05, **p<001; : Altra Condizione Clinica (ACC), Aggression Questionnaire (AQ), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Barratt Impulsiveness Scale (BIS), Dissociative Experiences Scale (DES), Self HArm Inventory (SHI), Beck Depression Inventory (BDI), Work and Social Adjustment Scale (WSAS)

Per quanto riguarda il sottogruppo di pazienti con diagnosi di DBP (N=76) questi erano prevalentemente donne (N=58; 76%), con età media di 32 anni (DS=10), perlopiù celibi/nubili (N=51; 67%) e con una occupazione (N= 39; 51%). Altri erano studenti (N= 12; 16%), disoccupati (N=23; 30%) e pensionati (N=2; 3%). Per quanto riguarda il livello di istruzione, 22 pazienti (29%) avevano conseguito la licenza media inferiore, 48 (63%) la licenza media superiore, 4 (5%) erano laureati e 2 (3%) avevano specializzazioni post-lauream. Tra questi 76 pazienti con DBP, 31 (43%) avevano altre comorbidità in Asse II tra cui 10 (14%) presentavano anche una diagnosi di DP Dipendente; 3 (4%) di DP Evitante; 4 (6%) DP OC; 6 (8%) DP Paranoide; 4 (6%) DP Istrionico; 3 (4%) DP Narcisistico; 1(1%) DP Antisociale. Tra questi la maggior parte era in terapia farmacologica (N=62; 81%), costituita prevalentemente da farmaci antidepressivi (N=51; 67%); benzodiazepine (N=40; 52%); antipsicotici (N=27; 35%),

stabilizzatori dell'umore (N=29; 38%). Il campione aveva generalmente una sintomatologia moderata (ZAN-BPD=14.8; DS=5.2) e un funzionamento socio-lavorativo compromesso (WSAS; M= 3.9; DS= 1.8). Tra i 76 pazienti con DBP, 26 (34%) abusavano di sostanze, tra cui cannabis (N=7; 9%), cocaina (N=2; 3%), alcool (N=7; 9%), e poliabuso (N= 10; 13%). Nel campione con DBP, 7 (9%) erano stati ricoverati nei 6 mesi precedenti; 19 (25%) avevano fatto accessi non programmati nella struttura.

Ai 76 pazienti con DBP è stato proposto il trattamento. Tra questi 53 (70%) hanno accettato le cure e sono stati assegnati ad uno o più degli interventi (Grafico 1). Tra i restanti 23 (30%) che hanno rifiutato il percorso proposto: 6 (8%) usufruivano già di un percorso psicoterapico esterno; 2 (3%) hanno abbandonato il CSM; 3 (4%) hanno cambiato servizio per variazione di residenza, 1 (1%) non condivideva la diagnosi formulata dal clinico; 3 (4%) presentavano un'altra patologia medica a cui preferivano dare la precedenza nelle cure; 4 (5%) mancavano di fiducia e motivazione nel cambiamento/trattamento; 4 (5%) altre motivazioni personali.

Grafico 1. Flowchart pazienti entrati nello studio



Didascalia: **ACC**: Altra Condizione Clinica; **DBP**: Disturbo Borderline di Personalità; **DBT**: Dialectical Behavioral Therapy; **GFM**: Gruppo Familiare Multiplo.

I due sottogruppi (consenso vs rifiuto) differivano in maniera significativa alla baseline (Tabella 2) per variabili sintomatiche e cliniche (sintomi depressivi, autolesionismo, ospedalizzazioni, presenza di comorbidità con il DP Paranoide). Non si evidenziavano differenze significative per quanto riguarda altre patologie in Asse II, altre variabili cliniche (accessi non programmati), utilizzo di farmacoterapia e situazione socio-demografica (età, sesso, esordio, status sociale).

Tabella 2 Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione con DBP che ha accettato/rifiutato il trattamento proposto

	consenso (N=53)	rifiuto (N=23)	t; X^2
Età, media (ds)	32.7 (10.9)	33.6 (10.4)	.76
Genere, femminile, n (%)	43 (81)	15 (65)	.13
Titolo di studio, inferiore, n (%)	17 (32)	5 (21)	.49
Occupati, n (%)	28 (63)	10 (43)	.91
Single, n (%)	37 (70)	14 (60)	.61
Ospedalizzazioni, n (%)	9 (18)	9 (40)	.03*
Visite Urgenti media (ds)	2.1 (1.4)	2.5 (1.9)	.04
BIS media (ds)	71.7 (8.5)	72.1 (12.1)	.88
DERS media (ds)	111.8 (19.6)	109.8 (19.6)	.70
AQ media (ds)	85.2 (17.3)	84.9 (14.1)	.94
DES media (ds)	21.2 (16.5)	10.2 (9.1)	.82
SHI media (ds)	8.9 (4.3)	6.7 (4.1)	.04*
BDI media (ds)	26.7 (12.5)	19.2 (12.6)	.02*
WSAS media (ds)	4.2 (1.8)	3.4 (1.9)	.09
PAEQ, motivazione, media (ds)	4.48 (.71)	3.85 (1.25)	.02*
PAEQ, relazione, media (ds)	3.76 (1.05)	3.35 (1.14)	.16
PAEQ, aspettative, media (ds)	2.52 (0.92)	2.5 (0.66)	.92
PAEQ, cause esterne, media (ds)	4.38 (0.94)	4.57 (.58)	.41
PAEQ, stress, media (ds)	3.57 (1.08)	3.73 (0.88)	.58

Note: *p<.05, **p<001; : Aggression Questionnaire (AQ), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Barratt Impulsiveness Scale (BIS), Dissociative Experiences Scale (DES), Self Harm Inventory (SHI), Beck Dépression Inventory (BDI), Work and Social Adjustment Scale (WSAS), Patients' Assessment Evaluation Questionnaire (PAEQ).

Dal questionario di valutazione soggettiva iniziale (Patients Assessment Evaluation Questionnaire PAEQ) (5)emergono delle differenze significative rispetto alla sottoscala della motivazione al trattamento. Per quanto riguarda i 53 pazienti arruolati, 35 (66%) hanno accettato una psicoterapia, di cui 21 sono stati assegnati al trattamento

DBT, 14 alla psicoterapia individuale. I restanti hanno seguito percorsi di psicoeducazione familiare e/o sono stati assegnati ad un case manager infermieristico.

Discussione:

Nel 2013/2014 è stato implementato il programma di trattamento per il DBP in alcuni CSM di Bologna. Ad oggi sono emerse alcune considerazioni sulla fase dell'arruolamento, sui tassi di rifiuto e sulla preferenza dei trattamenti.

Accuratezza diagnostica:

Dei 104 pazienti valutati 76 (73%) avevano una diagnosi di DBP in accordo con i criteri del DSM-IV. Tale diagnosi concordava inoltre con punteggi totali più elevati ai test autosomministrati, utilizzati per la valutazione di aspetti propri e specifici del DBP (disregolazione emotiva, aggressività, impulsività, autolesionismo) (32), oltre ad altri elementi correlati al disturbo (sintomatologia depressiva, stati dissociativi, disfunzionamento). Tale dato potrebbe indicare una specificità degli strumenti self-report individuati nel riconoscere in maniera specifica una diagnosi di DBP. In accordo con studi precedenti (33,34) l'accuratezza diagnostica appare incentivata e sostenuta da un approccio strutturato e standardizzato alla diagnosi. I dati di prevalenza del DBP infatti, per le caratteristiche eterogenee nella manifestazione clinica di tale categoria diagnostica, hanno valori discordanti a seconda dei setting considerati negli studi, motivo per cui esiste un certo accordo nella comunità scientifica sull'utilizzo di procedure di assessment strutturato e standardizzato per tale condizione diagnostica.

Oltre ai vantaggi nel riconoscimento diagnostico, tale metodo strutturato consente di individuare le aree maggiormente compromesse del paziente e quelle di maggiore resilienza, al fine di condividerle con il paziente, indirizzarlo ad un trattamento personalizzato e favorire così l'aderenza alle cure.

Rifiuto del trattamento

Nella letteratura internazionale è ampiamente riscontrata la difficoltà dei pazienti con DBP ad effettuare dei trattamenti in maniera regolare (35-37). Appare invece meno studiato il tasso di rifiuto al trattamento ed i fattori ad esso associati. Nel presente studio il 30% dei pazienti con DBP ha rifiutato il trattamento, in linea con i dati riscontrati nella letteratura internazionale (5,38) che evidenziano alcuni fattori maggiormente associati al rifiuto: un'età più giovane, lo stato civile celibe/nubile, la percezione di una relazione terapeutica poco soddisfacente, aspettative negative del paziente circa i trattamenti proposti. Nel nostro studio, i fattori associati al rifiuto dei trattamenti non risultano legati alle aspettative di cura, probabilmente grazie alla restituzione diagnostica che viene fatta che definisce in maniera chiara le problematicità riscontrate e gli obiettivi di cura realistici per l'area deficitaria. I fattori che sembrano invece essere più legati all'aderenza sono variabili cliniche quali la maggiore tendenza all'autolesionismo e la sintomatologia depressiva più severa. Inoltre i pazienti che accettano le cure hanno avuto un numero minore di ricoveri precedenti.

In letteratura, uno degli aspetti soggettivi, decisivi nel rifiuto alle cure è la scarsa motivazione iniziale riscontrata nei pazienti che non accettano i trattamenti proposti. Alcuni autori (39,40) hanno definito il "treatment readiness", come la prontezza del paziente con DP all'inizio di una terapia. Gli autori considerano numerosi aspetti interni (cognitivi, affettivi) ed esterni al paziente (relazioni interpersonali, situazione ambientale) che possono contribuire alla motivazione verso la terapia. Precisamente, gli autori indagano la presenza di caratteristiche che sfavoriscono l'adesione alla cura legati al paziente (tratti di personalità evitanti, comorbidità con altri disturbi psichiatrici) sia fattori esterni (presenza di precedenti esperienze negative con i servizi). Caratteristiche interne ed esterne che promuovono l'adesione alla cura sono invece la consapevolezza di malattia e la possibilità di stabilire un contratto terapeutico tra paziente e terapeuta.

Questi dati appaiono in linea con quanto emerso nel nostro campione, in quanto nei pazienti che accettano le cure sembrano esserci sia fattori legati alla sintomatologia (maggiore presenza di autolesionismo e sintomi depressivi) che possono aumentare la consapevolezza di malattia e la sofferenza percepita, sia fattori legati ad un precedente rapporto con il servizio (minor numero di ospedalizzazioni) che potrebbe aver inciso aumentando la motivazione del paziente al trattamento ambulatoriale.

Alla luce dei dati emersi, potrebbe essere utile strutturare per tali pazienti interventi mirati e precoci sulla motivazione in modo tale da arginare il fenomeno del rifiuto del trattamento, aumentando l'aderenza alle cure.

Conclusioni

L'implementazione del programma di trattamento integrato per i DGP ha richiesto la costituzione di un'equipe di lavoro dedicata, specificatamente formata, con i ruoli in precedenza descritti. Il programma si è inserito nella routine clinica di strutture già da tempo sensibilizzate al trattamento dei DGP e si ritiene che questo abbia favorito l'individuazione di casi idonei per l'intervento. Nonostante la formazione e le esperienze maturate, una percentuale dei casi segnalati non avevano una diagnosi di DBP e questo, in linea con la letteratura, testimonia la necessità di utilizzare sempre procedure diagnostiche standardizzate anche nei setting clinici quando si lavora con pazienti con quadri diagnostici così eterogeni come il DBP. Inoltre, un altro dato di rilievo emerso in questo primo anno è il tasso di rifiuto del trattamento dei pazienti con DBP, che nonostante sia ridotto rispetto ad esperienze precedenti (5), rimane comunque significativo e sottolinea l'importanza di predisporre interventi motivazionali, precedenti al trattamento, che possano potenziare l'alleanza di questi pazienti e quindi l'adesione alle cure.

Conflitto d'interessi

Nessun autore del presente contributo ha relazioni economiche o personali o è affiliato con enti od istituzioni, pubbliche o private, che possano influenzarlo nell'esposizione dei dati, nell'elaborazione dei commenti o di qualsiasi altro contenuto espresso nel lavoro.

Riconoscimenti

L'autore dichiara di aver libero e completo accesso ai dati presentati nel presente elaborato e si assume la responsabilità della loro correttezza e dell'accuratezza delle analisi su di essi condotte.

Bibliografia

1. Gunderson JG, Hoffman PD. Disturbo di personalità borderline: Una guida per professionisti e familiari. 2010 Milano: Springer Verlag

2. Lora A. An overview of the mental health system in Italy. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità. 2009;45(1): 5-16

3. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B et al; Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2008 Apr; 69(4):533-45.

4. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH et al; Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. Am J Psychiatry. 2002 Feb; 159(2):276-83.

5. Chiesa M, Martino F, Pozzi E. Psychosocial treatment refusal in personality disorder: a comparative study. Personality and Mental Health. 2010 May; Volume 4, Issue 2, pages 64–74.

6. Martino F, Menchetti M, Pozzi E, Berardi D. Predictors of drop-out among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial programme. A preliminary study. Psychiatry Clin Neurosci. 2012 Apr; 66(3):180-6.

7. Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A: Families of borderline patients: a psychoeducational approach. Bull Menninger Clin. 1997; 61:446–457.

8. Hoffman PD1, Fruzzetti AE. Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. Curr Psychiatry Rep. 2007 Feb;9(1):68-73.

9. Martino F, Lia L, Bortolotti B, Menchetti M et al; La famiglia del paziente con Disturbo Borderline di Personalità: carico della malattia e interventi destinati ai caregivers. Rivista di Psichiatria. 2014; 49(5):199-206.

10. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry. 1991 Dec; 48(12):1060-4.

11. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry. 1999 Oct; 156(10):1563-9.

12. Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15; 8:CD005652.

13. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2001 Oct;158(10 Suppl):1-52.

14. National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. Borderline personality disorder. The NICE guideline on treatment and management. London, UK: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2009.

15. Paris J. Recent Advances in the Treatment of Borderline Personality Disorder. Can J Psychiatry. 2005 Jul; 50(8):435-41.

16. Zanarini MC. Psychotherapy of borderline personality disorder. Acta Psychiatr Scand. 2009 Nov; 120(5):373-7.

17. Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna. (DGP, RER, 2013).

18. Pozzi E., Ridolfi M.E., Daniel D.B., Manganaro D., Berardi D. Il trattamento multiplo integrato dei Disturbi di Personalità Borderline, in "Frammenti", Rivista di psichiatria. 2006; 15(1),17-34, Ravenna.

19. Pozzi E, Ridolfi ME, Daniel DB, Manganaro D, Berardi D. Multiple integrated treatment of Borderline personality disorders. Psychoanaliytic Psychotherapy 2008; 22 (3), 218-234.

20. Monari M., Fossati A., Baudanza P., Drudi M., Lupi G., Majocchi L. M., Tragni M., Valentini R., Villanedi F., Berti Ceroni F., Maffei C., Rossi N. (2003) Trattamento psichiatrico e modificazione degli stili di attaccamento in un campione di pazienti ambulatoriali con grave disturbo di personalità. Psichiatria di Comunità, 2: 84-92.

21. Martino F, Menchetti M, Berardi D. La diagnosi di disturbo Borderline di personalità. In Sanza, Asioli, Ferrannini. Disturbo Borderline di personalità Continuità e Discontinuità nel trattamento. 2010. Centro scientifico editore pp 111-123.

22. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin L. Structured
Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCIDII): Interview and Questionnaire. Washington, DC. American Psychiatric Press, 1997

23. Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. J Pers Disord. 2003 Jun; 17(3):233-42.

24. Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). J Pers Disord. 2003 Dec; 17(6):568-73.

25. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004; 26, 41−54.

26. Sighinolfi C, Norcini Pala A, Chiri LR, Marchetti I, Sica C. Difficulties in emotion regulation scale (DERS): the italian translation and adaptation. Psicoterapia cognitiva comportamentale. 2010; 16(2). p.141-170

27. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. J Pers Soc Psychol. 1992; 63, 452–459.

28. Fossati A, Maffei C, Acquarini E, Di Ceglie A. Multigroup confirmatory component and factor analyses of the Italian version of the Aggression Questionnaire. Eur J Psychol Assess. 2003; 19(1), 54-65.

29. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. J Clin Psychol. 1995 Nov;51(6):768-74.

30. Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Barratt ES. Psychometric Properties of an Italian Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in Nonclinical Subjects. J Clin Psychol. 2001 Jun; 57(6):815-28

31. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying selfdestructive behaviors and
borderline personality disorder. J Clin Psychol. 1998;54:973–983.

32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

33. Zimmerman M, Mattia JI. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1999 Oct; 156(10):1570-4.

34. Widiger TA, Samuel DB. Evidence-based assessment of personality disorders. Psychol Assess. 2005 Sep; 17(3):278-87.

35. Skodol AE, Buckley P, Charles E. Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? J Nerv Ment Dis. 1983 Jul;

171(7):405-10.
36. Gunderson J G, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch VJ, Wolf PJ. Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. J Nerv Ment Dis. 1989 Jan; 177(1):38-42.
37. Blum N, St John D, Pfohl B, et al; Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. Am J Psychiatry. 2008 Apr; 165(4):468-78.
38. Chiesa M, Fonagy P, Bateman A, Mace C. Psychiatric morbidity and treatment pathway outcomes of patients presenting to specialist NHS psychodynamic psychotherapy services: Results from a multi-centre study. Psychol Psychother. 2009 Mar; 82(Pt 1):83-98.
39. Tetley A, Jinks M, Huband N, Howells K, Mary McMurran. Barriers to and facilitators of treatment engagement for clients with personality disorder: a Delphi survey. Person al Ment Health. May 2012; 6 (2):97–110.
40. Ward RK. Assessment and management of personality disorders.
Am Fam Physician. 2004 Oct 15;70(8):1505-12.