



## TRATTAMENTO DELLE FAMIGLIE

### Modelli di intervento ed implementazione di un protocollo

#### **Biancamaria Bortolotti**

Psichiatra CSM Nani AUSL di Bologna

#### **Maria Elena Ridolfi**

Psichiatra, Responsabile Centro Borderline  
DSM Fano

Linee di Indirizzo della Regione Emilia Romagna per il trattamento dei:  
**Disturbi Gravi di Personalità (DGP)**

Bologna, 3 dicembre 2013



## Contenuti presentazione

- Storia degli interventi rivolti ai familiari con BPD: come cambia il ruolo della famiglia
- Studi sui familiari dei pazienti con BPD
- Sviluppo interventi specifici per i familiari
- Valutazione efficacia interventi
- L'intervento sui familiari di pazienti con DBP nei Dipartimenti di Salute Mentale
- Fano
- Bologna



## **Interventi rivolti alle famiglie dei pazienti con BPD**

### **ANNI '70: gli anni della colpevolizzazione/esclusione**

Vengono riportati i primi tentativi di intervento sulle famiglie dei pazienti con BPD. I loro approcci si fondava sulla teoria dinamica e sistemica che vedevano la psicopatologia come la risultante di forze conflittuali all'interno dei sistemi sociali dei pazienti designati. (Masterson & Rinsley, 1975).

I primi resoconti erano basati su un lavoro svolto con campioni di adolescenti presso reparti specialistici, al National Institute of Mental Health (Shapiro, 1974; Zinner & Shapiro 1975) e in seguito al McLean Hospital (Shapiro, 1978, 1982). Questi terapeuti hanno sviluppato la teoria secondo cui forme patologiche di invischamento genitoriale favorivano la dipendenza e le paure abbandoniche nei figli con BPD.



## **Interventi rivolti alle famiglie dei pazienti con BPD**

### **ANNI '80 E '90: cambiamenti radicali nella comprensione della famiglia**

La maggior parte delle famiglie di pazienti con BPD non erano sufficientemente coinvolte con i pazienti durante il loro sviluppo primario (Frank & Paris, 1981; Gunderson et al, 1980; Soloff, Millward, 1983), perpetravano esperienze traumatiche o erano indisponibili nell'aiutarli a superarle (Millon, 1987; Links, 1990; Gunderson & Sabo, 1993; Paris et al., 1994; Zanarini, 1997).

Altri studi hanno dimostrato che gli stessi genitori dei pazienti con BPD avevano gravi problemi psichiatrici inclusi abuso di sostanze, stati depressivi e BPD (Loranger, 1982; Links, 1988; Silverman et al, 1991; Zanarini, 1990; Goldman, 1993; Schachnow et al, 1997).

Mancanza di studi sulle terapie familiari.

## Interventi rivolti alle famiglie dei pazienti con BPD

Oggi il modello eziopatogenetico del BPD che comprende una significativa ereditarietà e disfunzione sociale si è imposto sul modello del conflitto che si può trovare nella prima letteratura psicoanalitica. Questo ha modificato l'approccio alle famiglie (Ruiz-Sancho et al, 2001).

Mentre si realizzavano questi cambiamenti nella comprensione dei contesti familiari dei pazienti con BPD, la ricerca sull'Emotività Espressa nelle famiglie con un membro schizofrenico ha aperto una diversa prospettiva terapeutica (Leff, 1989; McFarlane & Dunne, 1991; McFarlane et al, 1995).



**Julian Leff**



**William R McFarlane**

## Razionale Psicoeducazione Familiari

I principi base dei trattamenti familiari psicoeducativi utilizzati in questi studi sulle famiglie con figli schizofrenici sono molto diversi dagli assunti che guidavano i primi trattamenti familiari fondati sulla teoria psicodinamica.

La malattia mentale è un problema interno all'individuo, non il sintomo di un problema familiare.

Il sostegno familiare è necessario per il trattamento della malattia mentale.

La psicoeducazione comporta l'essere informati sulla diagnosi del disturbo, sulla prognosi, sul decorso e sulla terapia.

Le famiglie sopportano un notevole carico familiare, nuove strategie di gestione possono ridurre questo carico.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Family Psychoeducation: Training Frontline Staff*. HHS Pub. No. SMA-09-4422, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2009.

## Ricerche sui familiari di pazienti con DBP (1)

### Problemi riscontrati dai familiari di pazienti con DBP

Studio condotto su 21 pazienti e relativi genitori. La comunicazione, affrontare le reazioni ostili e rabbiose, i timori rispetto al suicidio.



#### ORIGINAL REPORT

#### Family Problems and Relationships for Adults with Borderline Personality Disorder

John G. Gunderson, MD, and In Kyoon Lyoo, MD

The purpose of this study was to compare the perceptions of the family in patients with borderline personality disorder (BPD) to the perceptions of their parents and to those of normative families. We compared ratings on measures of family problems, environment, and relationships from a sample of 21 patients with BPD to ratings by their parents and to standardized ratings from normative families. The results were that (1) patients with BPD perceived their family environment and relationships significantly more negatively than did their parents or the normative families, and (2) parents of a patient with BPD agreed more with each other than with their offspring, with both parents often close to normative standards. We conclude that defensive reactions of the form of self-fulfilling prophecy account for the frequently cited claims between BPD patients' particularly negative reports of their families and the more normative reports by their parents. Clinicians should obtain parent viewpoints as an essential part of assessing the family environment. *Harvard Review of Psychiatry* 1997;4:27-31.

Gunderson & Lyoo, 1997

## Ricerche sui familiari di pazienti con DBP (2)

### Valutazione EE nelle famiglie dei pazienti con DBP

- Valutati 35 pazienti e 35 familiari reclutati durante un'ospedalizzazione.
- Follow-up ad 1 anno.
- Esito clinico strettamente associato all'ipercoinvolgimento emotivo del familiare.
- I pazienti le cui famiglie avevano un più alto punteggio nella scala dell'ipercoinvolgimento emotivo avevano avuto risultati clinici migliori nel periodo di follow-up.
- Questi risultati suggeriscono che l'associazione tra emotività espressa e l'esito clinico del paziente può essere diversa per i pazienti con BPD rispetto ai pazienti con schizofrenia o disturbi dell'umore.



Hooley & Hoffman, 1999

#### Expressed Emotion and Clinical Outcome in Borderline Personality Disorder

Jill M. Hooley, D.Phil., and Perry D. Hoffman, Ph.D.

**Objective:** The longitudinal clinical study examined the predictive validity of measured expressed emotion in a group of 30 patients diagnosed with borderline personality disorder. **Method:** Fifty-five patients with a DSM-IV diagnosis of borderline personality disorder were followed up 1 year after they were discharged from a psychiatric hospital. Clinical outcomes were assessed through interviews with patients and their family members. Expressed emotion in the patients' relatives, assessed at the time of the study admission, was then compared with patients' subsequent clinical outcomes. Results: Contrary to prediction, expressed emotion and hostility did not predict how well patients did in the year after discharge. Further, did they predict rates of rehospitalization. Clinical outcome was strongly associated with family members' involvement. However, patients whose families scored higher on emotional overinvolvement had better clinical outcomes over the course of the follow-up period. **Conclusions:** These findings suggest that the association between expressed emotion and patient outcome may be different for patients with borderline personality disorder than it is for patients with schizophrenia or mood disorders. (*Am J Psychiatry* 1999; 156:1627-1632)

## Ricerche sui familiari di pazienti con DBP (3)

### Conoscenza del DBP nei familiari

- Valutato il livello di conoscenza del BPD in 32 familiari.
- La conoscenza della patologia è stata correlata al carico familiare al distress ,alla depressione e all'EE.
- Contrariamente alle aspettative, un maggior livello di conoscenza è stato correlato ad un carico familiare più elevato, ad una maggiore depressione ad una maggior distress,e ad una più grande ostilità nei confronti dei pazienti.
- Che tipo di informazioni sono disponibili per i familiari di pazienti con BPD? C'è accordo sull'eziopatogenesi del BPD?
- Basta informare?



Family Members' Knowledge about Borderline Personality Disorder: Correspondence with their Levels of Depression, Burden, Distress, and Expressed Emotion

PERRY D. HOFFMAN, Ph.D.†  
ELJIE BUTEAU, Ph.D.‡  
JILL M. HOLEY, D. PHIL.§  
ALAN E. FRUZZETTI, Ph.D.¶  
MARTHA L. BRUCE, Ph.D., M.P.H.\*

Hoffman et al.,2003

## Ricerche sui familiari di pazienti con DBP (4)

### Il distress psicologico nei caregivers dei pazienti con DBP

- Valutato il livello di distress psicologico in 64 familiari reclutati da gruppi di supporto per familiari di pazienti con BPD e attraverso annunci su BPD websites e giornali locali(Olanda) e confrontato con il livello medio di distress riscontrato nella popolazione generale.
- Nei familiari di pazienti con BPD è stato riscontrato un livello di distress psicologico più alto rispetto alla popolazione generale. Il livello di distress riscontrato è simile a quello riscontrato in altri studi condotti su familiari di pazienti con PTSD, e Schizofrenia.



IJSP

PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN CARETAKERS OR RELATIVES  
OF PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

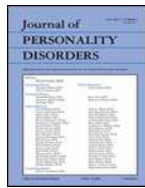
J.G.M. SCHEIRS & S. BOK

Scheirs and Bok,2007

## Ricerche sui familiari di pazienti con DBP (5)

### Carico familiare

Coinvolti 233 familiari di pazienti con BPD. Indagine effettuata tramite una survey condotta sulla rete. Nello studio di Goodman (2011) si è riscontrato che il 59% dei familiari di pazienti con DBP riporta una compromissione rilevante nel funzionamento sociale.



## Sintesi letteratura

- **Problemi riscontrati dai familiari di pazienti con DBP**

La comunicazione, affrontare le reazioni ostili e rabbiose, i timori rispetto al suicidio. (Gunderson & Lyoo, 1997).

- **Valutazione EE nelle famiglie dei pazienti con DBP**

I pazienti le cui famiglie avevano un punteggio più alto nella scala dell'ipercoinvolgimento emotivo avevano avuto risultati clinici migliori nel periodo di follow-up (Hooley & Hoffmann, 1999).

- **Conoscenza del DBP nei familiari**

Un maggior livello di conoscenze è stato correlato ad un carico familiare più elevato, ad una maggiore depressione, ad un maggiore distress, ed ad una più grande ostilità nei confronti dei pazienti. (Hoffman et al, 2003).

## Sintesi letteratura

- **Il distress psicologico nei caregivers dei pazienti con DBP**

Nei familiari di pazienti con DBP è stato riscontrato un livello di distress psicologico più alto rispetto alla popolazione generale. Il livello di distress riscontrato è simile a quello riscontrato in altri studi condotti su familiari di pazienti con PTSD e Schizofrenia (*Scheirs & Bok, 2007*).

- **Carico familiare**

Nello studio di Goodman (2011) si è riscontrato che il 59% dei familiari di pazienti con DBP riporta una compromissione rilevante nel funzionamento sociale.

## Approccio psicoeducativo nelle famiglie con BPD

**Bull Menninger Clin. 1997 Fall;61(4):446-57.**

Families of borderline patients: a psychoeducational approach.

Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A.

“Io stesso ho contribuito allo sviluppo di quella letteratura che ha portato alla diffamazione delle famiglie ed agli sforzi di escluderle o coinvolgerle in maniera inappropriata nel trattamento. Ora mi trovo a presentare un trattamento che si basa sull'assunto che le famiglie dei pazienti con BPD sono importanti alleati dei curanti, e che tratta con delicatezza il problema del loro contributo o meno allo sviluppo della psicopatologia” . John Gunderson



## Programmi familiari per Disturbi di Personalità



Advances in Interventions for Families with a Relative with a Personality Disorder Diagnosis

*Perry D. Hoffman, PhD, and Alan E. Fruzzetti, PhD*

- **Gunderson /McLean Program**
- **Hoffman/ New York Hospital Program (DBT-family skills program[DBT-FST])**
- **Fruzzetti/University of Nevada,Reno program (DBT four couples and families)**
- **Family Connections (FC) Program**

## Gunderson/McLean program

### Il lavoro con la famiglia

- Fase I: incontri iniziali con i familiari  
Identificazione del problema  
Trasmissione conoscenze sulla diagnosi  
Il sostegno
- Fase II:stabilire un alleanza  
Le resistenze alla diagnosi borderline  
La resistenza a essere coinvolti nel trattamento
- Fase III:gli interventi psicoeducativi per i familiari  
Tre fasi
- Fase IV:la terapia familiare psicodinamica  
Richiede la partecipazione attiva del paziente  
Contempla un impegno a) migliorare l'intimità familiare      mediate l'espressione reciproca dei sentimenti;  
b)accrescere la comprensione reciproca e il riconoscimento e l'accoglimento delle differenze individuali

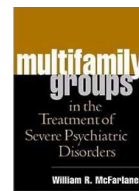
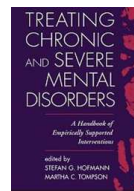




## Gunderson/McLean program

### MULTIFAMILY PSYCHOEDUCATIONAL TREATMENT OF BPD (MFG)

- Terapia di gruppo ad indirizzo psicoeducativo
- 4- 6 famiglie
- Cadenza settimanale nella prima fase di trattamento, successivamente quindicennale.
- Durata degli incontri: 90 minuti
- Durata media: 12 mesi
- Co-terapia: leader e co-leader
- Strutturato in tre fasi



Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A., 1997  
Whitehurst T, Ridolfi M.E., Gunderson J.G., 2002  
Berkowitz C & Gunderson J, 2002

## Gunderson/McLean program

### Fase iniziale

- Più propriamente didattica.
- Vengono fornite informazioni relative al disturbo ed indicazioni famigliari di carattere generale (presentazione dei pattern relazionali più frequenti).
- Vengono svolti in aula esercizi per l'utilizzo di linee guida ed esercizi di mentalizzazione per apprendere il linguaggio "borderline".
- Frequenza settimanale, per 2 mesi



## Gunderson/McLean program

### Fase intermedia

- Possibili incontri congiunti con i figli
- Problem solving. Le famiglie vengono incoraggiate a descrivere una situazione attuale con l'attesa che gli altri componenti della famiglia e il terapeuta offriranno dei suggerimenti su come reagire.
- Lavoro sulle linee guida per i familiari
- Formazione di una coesione di gruppo
- Un incontro ogni due settimane



## Gunderson/McLean program

### Fase avanzata

- Terapeuta meno direttivo
- Facilita i tentativi di comprendere e comunicare il fatto che i componenti della famiglia sono in grado di assumersi maggiore responsabilità di sé stessi.
- Possibili evoluzioni:
  - Gruppi di auto-aiuto
  - Terapia familiare



## Gunderson/McLean program

### LINEE GUIDA PER I FAMILIARI

❖ **Obiettivi: andare piano**

1. Ricordate che il cambiamento è difficile da raggiungere e carico di paure. Attenzione a sottolineare il cambiamento che vostro figlio ha fatto. *I progressi evocano timori abbandonici.*
2. Abbassate le vostre aspettative: datevi degli obiettivi realistici. *Risolvete grandi problemi a piccoli passi.*

❖ **Ambiente familiare: tenere le cose a "giusta temperatura"**

3. Mantenete un clima tranquillo e sereno. Gli apprezzamenti, così come le critiche sono normali.
4. Mantenete il più possibile la vostra routine.
5. Trovate tempo per dialogare.

❖ **Gestire la crisi: state attenti ma calmi**

6. Non siate difensivi di fronte alle critiche. Per quanto ingiuste, commentate poco e non litigate. *Accettate di essere feriti.*
7. Gli agiti auto-lesivi richiedono attenzione. *Non ignorateli, non agitatevi.* Parlatene apertamente.
8. Ascoltate, cercate di validare i vissuti emozionali dei vostri figli: non dite "non è così", non cercate di allontanare le emozioni. *E' meglio usare le parole che passare ai fatti*



## Gunderson/McLean program

❖ **Affrontare i problemi: siate collaboranti e coerenti**

9. Quando si affronta un problema di un membro familiare, in ogni caso: *Coinvolgetelo ed incoraggiatelo ad identificare i suoi bisogni*  
*Chiedete se la persona è in grado di fare ciò che è necessario per la soluzione*  
*Chiedete alla persona se vuole accettare l'aiuto che offrite*
10. I membri familiari devono agire secondo una linea comune: le ambivalenze generano ulteriore confusione.
11. Se siete preoccupati riguardo al programma terapeutico parlatene sia con il vostro familiare che con il suo referente.

❖ **Stabilire dei limiti: siate espliciti ma cauti**

12. Fissate delle regole affermando i limiti della vostra tolleranza. Fate in modo che le vostre aspettative siano comprese usando un linguaggio chiaro. *Tutti hanno bisogno di sapere ciò che ci si aspetta da loro.*
13. Non cercate di proteggere il vostro familiare dalle conseguenze delle sue azioni. Permettetegli di apprendere dalla realtà.
14. Non tollerate comportamenti abusanti, minacce, percosse.
15. Non utilizzate minacce ed ultimatum come mezzo per convincere l'altro a cambiare, utilizzateli solo quando vorrete metterli davvero in pratica. Fatevi guidare dalle figure professionali in questo.



## Gunderson/McLean program

### Valutazione del programma

- Studio pilota in cui sono state valutate 11 famiglie che hanno partecipato a gruppi multi-familiari (MFG) della durata di un anno.
- Risultati:
  - miglioramento dei livelli di comunicazione dopo 6 mesi di psicoeducazione;
  - riduzione del carico familiare;
  - riduzione dei livelli di ostilità ed atteggiamento critico;
  - alto livello di soddisfazione per il programma.
- Si è rilevata, inoltre, una diminuzione dei ricoveri ospedalieri e dei comportamenti auto-lesivi nei pazienti.

Gunderson et al. , 1997



## Hoffman/New York Hospital program

### DBT- FAMILY SKILLS TRAINING (DBT-FST)

Trattamento familiare basato sulla DBT.

Sottolinea l'importanza della psicoeducazione , dello sviluppo di abilità, e di un cambiamento ambientale.

Il programma ha l'obiettivo di aiutare i familiari a modificare l'ambiente invalidante che esercita un ruolo importante nella patogenesi del BPD.

Si basa sul concetto di Emotività Espressa nei familiari dei pazienti borderline. La ricerca ha documentato che in queste famiglie l'ipercoinvolgimento emotivo aveva effetti positivi sul decorso del disturbo.

Incontri settimanali per 6 mesi.

Ai gruppi partecipano paziente e familiare insieme.

Gli incontri sono suddivisi in due parti: una prima parte didattica che si focalizza sullo sviluppo di abilità DBT, mentre nella seconda parte il gruppo applica tali abilità utilizzando il concetto della Linehan di equilibrio fra accettazione e cambiamento.

Hooley, 1999;Hoffman, 1999;Fruzzetti,2005;  
Fruzzetti,2007

## Fruzzetti/ University of Nevada, Reno program

Programma familiare sviluppato come parte integrante di un programma di DBT ambulatoriale.

Riconosce l'utilità di insegnare a familiari e pazienti abilità complementari utilizzando un linguaggio simile.

Il programma familiare include un intervento psicoeducativo che può essere fornito ad una singola famiglia o a gruppi di famiglie.

Sono inclusi alcuni core skills che derivano dalla DBT individuale come le abilità di mindfulness e di regolazione emotionale, ed altri specifici per le famiglie (validazione, comunicazione).

Queste abilità sono basate su un modello biosociale di sviluppo e mantenimento del BPD.

Questo modello suggerisce che gli individui presentino una vulnerabilità che li porta a reagire a varie situazioni con emozioni negative e che questa vulnerabilità possa avere una base genetica o che possa essere stata appresa. Una persona con questo tipo di vulnerabilità è a maggior rischio se vive in un ambiente familiare "invalidante", in cui le sue emozioni non vengono comprese dagli altri e sono criticate, ridicolizzate o ignorate.

## Fruzzetti/ University of Nevada, Reno program

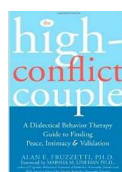
Questo modello suggerisce quindi che aiutando le persone ad esprimere in modo accurato le proprie esperienze verranno facilitati gli altri nella validazione, l'essere validato a sua volta renderà più semplice l'identificazione delle emozioni e la loro espressione.

Il format del programma può variare:

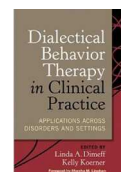
- gruppi di familiari (come nell'MFG e nell'DBT-FST)
- gruppi di genitori di adolescenti con BPD
- gruppi di coppie



Fruzzetti, 2003



Fruzzetti, 2006



Fruzzetti, 2007

## Family Connection Program (FC)

- Programma sviluppato all'interno del National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
- Istituito per rispondere a : a) la necessità di conoscere la diagnosi di BPD; b) la necessità di acquisire abilità nella gestione; c) la necessità di creare una rete di supporto per le famiglie.
- Intervento manualizzato multifamigliare.
- Rivolto ai soli familiari di pazienti con BPD.
- Durata: 12 settimane.
- Condotta generalmente da familiari, che ricevono un training specifico.
- Strutturato in 6 moduli che comprendono interventi didattici sul disturbo e strategie DBT (DBT-ST e DBT-FST).



National Education Alliance for  
Borderline Personality Disorder

(<http://www.borderlinepersonalitydisorder.com>)

## Family Connection Program (FC)

### Valutazione del programma

- 44 partecipanti, appartenenti a 34 famiglie.
- 12% di drop-out ( per cause diverse dalla non soddisfazione per il programma).
- Assessment a BL, 2 settimane dopo la terminazione del programma e 6 mesi post-BL ( misurazione di sintomi depressivi, carico famigliare, lutto e abilità nella gestione della problematica borderline).
- Risultati: riduzione statisticamente significativa del carico famigliare e del lutto, incremento delle abilità di coping (sia a 2 settimane che a 6 mesi).
- Lo studio pilota è stato replicato con un campione più esteso (55 partecipanti) che ha evidenziato risultati sovrapponibili, oltre ad una riduzione statisticamente significativa dei sintomi depressivi.
- E' necessario un RCT per validare i risultati ottenuti, per identificare se vi siano componenti del programma più efficaci di altre, e per valutarne l'eventuale impatto sul paziente con BPD.

Hoffman et al, 2003, 2007

## L'advocacy familiare negli USA

- TARA- APD <http://www.tara4bpd.org>
- NEA for BPD <http://www.borderlinepersonalitydisorder.com>

Missione:

- Incrementare la consapevolezza delle persone con BPD, dei loro familiari, della gente comune e dei professionisti della Salute Mentale.
- Incrementare i fondi stanziati per la ricerca in questo campo.
- Organizzare workshop informativi e gruppi psicoeducativi per i familiari.
- Garantire la possibilità di fruire di trattamenti Evidence-Based e la traslazione dei modelli empirici nella pratica clinica.

**TARA**

TREATMENT AND RESEARCH ADVANCEMENTS  
NATIONAL ASSOCIATION FOR PERSONALITY DISORDER

**NEA  
FOR  
BPD**

National Education Alliance for  
Borderline Personality Disorder

## Grazie all'Advocacy delle Associazioni il 1 Aprile 2008 è stata stilata la House Resolution 1005

“Malgrado la sua prevalenza, gli ingenti costi per la salute pubblica ed i danni devastanti causati sugli individui, le famiglie e le comunità, solo recentemente il BPD ha iniziato ad avere l'attenzione che merita”.

“E' essenziale aumentare la consapevolezza tra le persone affette da questo disturbo, i loro familiari, gli specialisti di salute mentale e la gente comune per promuovere formazione, ricerca, finanziamenti, prevenzione e trattamenti efficaci”.

“Al fine di educare la Nazione riguardo al disturbo, ai bisogni di coloro che ne soffrono ed alle sue conseguenze, il Congresso designa il mese di Maggio come mese dedicato alla consapevolezza del BPD”.



## L'Auto-Aiuto negli USA

<http://www.borderlinepersonalitydisorder.com>

<http://www.tara4bpd.org>

<http://www.bpdcentral.com>

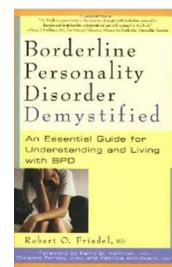
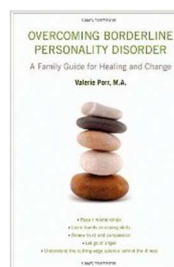
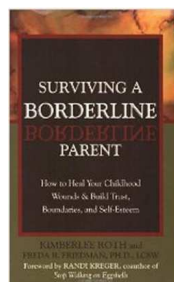
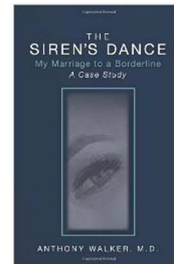
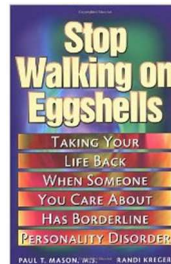
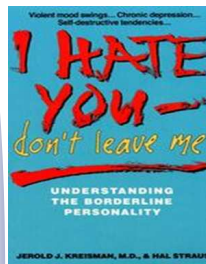
<http://www.ontheborderline.org>

<http://www.bpdfamily.com>

<http://www.mhsanctuary.com/borderline>

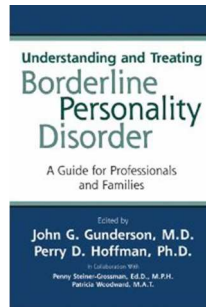
<http://bpdresourcecenter.org>

## L'Auto-Aiuto negli USA





## L'Auto-Aiuto in Italia



## Advocacy in Italia

NEA.BPD Italy is launched



National Education Alliance for  
Borderline Personality Disorder



## Esperienze italiane DSM Bologna

### Centri di Salute Mentale Bologna Ovest

- Incontri con i familiari
- Gruppi di psicoeducazione



## Incontri con i familiari

- Il caso di S.



## Gruppo di psicoeducazione

### Gruppo familiare multiplo (MFG)

L'efficacia di un intervento psicoeducativo rivolto ai familiari di pazienti con disturbo borderline di personalità

Progetto che ha ricevuto un finanziamento dalla Fondazione del Monte.

Lo studio è iniziato nel 2010 e si concluderà nel 2012.

I servizi coinvolti sono i Centri di Salute Mentale di Bologna Ovest (Nani, Scalo e Tiarini).



FONDAZIONE  
DEL  
MONTE  
1473



## Obiettivo

**Obiettivo** di questo progetto è l'implementazione di un programma psicoeducativo per familiari di pazienti con BPD nei Servizi di Salute Mentale di Bologna, e la valutazione della sua efficacia diretta (sul familiare) ed indiretta (sul decorso della patologia del paziente) .

**Disegno dello studio:** studio randomizzato e controllato

**Intervento:** MFG

## Formazione operatori (1)

→ In giugno 2011 è stato organizzato un corso di formazione di due giorni per gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale di Bologna.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

 Istituto di Psichiatria,  
Università di Bologna

Con il contributo della  
 FONDAZIONE  
DEL MONTE  
1473

CORSO FORMAZIONE DSM-DP  
In collaborazione con  
ISTITUTO DI PSICHIATRIA-UNIVERSITA'  
DI BOLOGNA

L'INTERVENTO  
PSICOEDUCATIVO  
RIVOLTO AI FAMILIARI  
DI PAZIENTI CON  
DISTURBO BORDERLINE  
DI PERSONALITA'

10 Giugno 2011  
dalle 8.30 alle 18.00  
11 Giugno 2011  
dalle 9.00 alle 13.00

## Formazione operatori (2)

- Hanno partecipato al corso 20 operatori.
- Il corso ha sollevato molti interrogativi sulla possibilità di poter coinvolgere familiari di pazienti con DBP in gruppi di psicoeducazione.
- Alcuni dubbi:
  - “..E' giusto mettere insieme familiari di pazienti che abusano di sostanze con familiari di pazienti che non utilizzano droghe?”.
  - “E' opportuno coinvolgere anche familiari di pazienti che sono in carico da anni?”.
  - “ Sono da escludere i familiari di pazienti che hanno specifiche diagnosi in Asse I (es. Bipolare tipo II)?”.



## Reclutamento pazienti

- Il Progetto è stato presentato durante le riunioni di Equipe dei 3 CSM.
- I pazienti segnalati sono stati contattati ed è stata organizzata una valutazione costituita da tre incontri. Successivamente è stato contattato il familiare.
- Difficoltà incontrate: -utilizzo della diagnosi di DBP nei Servizi; -relazione del paziente con il familiare



## Difficoltà nel reclutamento

Paziente: A.T. Anni: 33  
Preso in carico: dal 2004

Diagnosi: DBP con agiti autolesivi e autosoppressivi durante una relazione affettiva problematica.

1 ricovero in casa di cura per TS dopo la fine della storia.

Quadro clinico attuale: La paziente presenta un quadro clinico attuale abbastanza stabile. Il funzionamento sociale è discreto. La pz vive da sola, lavora saltuariamente come "ragazza immagine" ha relazioni amicali e vita sociale attiva, non ha un partner. Le relazioni più conflittuali al momento sono con sua madre e suo fratello che recentemente è stato preso in carico da un CSM per un probabile DP con idee grandiose e di riferimento. Attualmente A. dice di star bene e che il GFM possa servire più a sua madre che a lei.

## Ritiro del consenso?(1)

Luglio 2011

La paziente viene inviata dallo psichiatra per valutazione testistica e eventuale reclutamento al progetto GFM

Accetta la valutazione e la partecipazione della mamma al GFM dicendo:

"Io ora sto bene, è mio fratello il problema. Mia mamma potrebbe comunque beneficiare di questo intervento visto che è sempre stata molto presente durante il mio momento di crisi. Lei non è stata in grado di capirmi e non credo possa cambiare con il GFM. Però può far bene a lei visto che ha dovuto affrontare sempre tutto da sola, senza mio padre".

Dopo i colloqui di valutazione viene contattata la mamma che era stata già informata dalla figlia sull'iniziativa e si mostra disponibile alla valutazione e a prendere parte al progetto. La donna sembra riconoscere le difficoltà della figlia, è interessata e ben disposta al colloquio. La sua Accettazione sembra però più dovuta alla richiesta della figlia senza una reale consapevolezza che il GFM possa dare un contributo anche alla modificazione di aspetti relazionali problematici che possono riguardare le modalità di comunicazione di entrambe. La donna sembra spostare il problema totalmente sulla figlia.

## Ritiro del consenso?(2)

Agosto 2011

La paziente arriva in servizio in libero accesso e chiede della psicologa che aveva effettuato la valutazione.

Durante il colloquio la paziente è un po' agitata e dice di aver appena discusso con la mamma riguardo alla situazione del fratello.

Paziente: "**Basta! Se non sai occupartene tu di E., ci penso io a portarlo da un medico che può curarlo!**"

Mamma: "**Ma cosa vuoi fare tu che sei malata come lui! Lo so io, me lo hanno detto anche al CSM. Ho il foglio (si riferisce al consenso informato) c'è scritto tutto!**"

La paziente dopo la frase della madre riferisce di essersi agitata e di essersi sentita ferita e colpita.

"**Basta! Non voglio che mia madre utilizzi questo strumento (GFM) per colpirmi! Lei non sa come rispondere quando si sente attaccata e quindi mi colpisce dicendomi che sono matta! Non voglio che lei partecipi al GFM!**"

La psicologa si rende conto che la visione della pz in quel momento è irremovibile e la mamma è vista come una persona che non sarà mai in grado di capire e di cambiare! Valida la sua esperienza e il suo vissuto di rabbia nei confronti della mamma e propone alla paziente un colloquio dopo 1 settimana per riflettere meglio sulla situazione a "mente lucida"



## Ritiro del consenso?(3)

### *Intanto:*

La mamma telefonava in struttura per mettersi in contatto con la valutatrice. Sapeva che A. era venuta per raccontare l'accaduto per e ritirarsi dal progetto.

La donna sembrava preoccupata, consapevole che la discussione aveva preso dei toni esagerati.

Tendeva a giustificarsi con la valutatrice sul perché avesse detto quelle cose. Sembrava preoccupata per essere stata giudicata come "colpevole" dell'accaduto.

### *Dopo 7 giorni:*

La paziente arriva all'appuntamento puntuale. E' più calma. Durante la settimana non ne ha più parlato con la mamma ma comunque è giunta alla conclusione che non è una buona idea coinvolgerla nel GFM!

La valutatrice si sofferma sul vissuto della paziente di essersi sentita "ferita e colpita" nel punto suo più debole: la sua "malattia" .

Riflette insieme alla paziente sul perché la mamma possa aver reagito in quel modo nei suoi confronti.

La paziente è abbastanza calma e riesce a decentrare la sua prospettiva.

"Mia madre fa così ogni volta che si sente accusata e non sa come difendersi. Allora spara per colpire sui punti deboli!"

La valutatrice spiega alla pz che uno degli obiettivi del GFM è proprio quello di agire su alcune tecniche di comunicazione non efficace che possono portare a violenti scontri, come quello che ha avuto lei con sua madre. E che l'obiettivo non è "cambiare" la mamma, ma solo insegnare delle tecniche per fronteggiare meglio dei momenti di crisi come quello che hanno avuto.

La paziente è più calma, ascolta e riesce a riflettere sul suo vissuto e questa volta anche su quello della madre. La sua visione della situazione sembra "ammorbidirsi" e conclude dicendo

"Proviamo. Vado a casa e dico a mamma che può partecipare!"