



# Gli interventi sui familiari

Biancamaria Bortolotti



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

*mood*  
centro per lo studio e la cura dei disturbi emotivi

Studio Associato di F. Berti Ceroni e N. Rossi

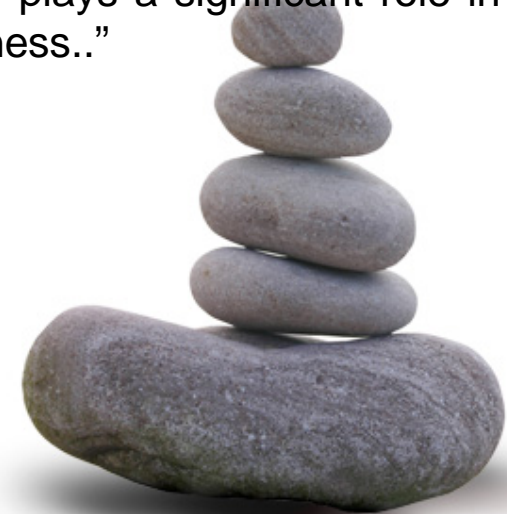
Lo Skills Training della DBT nel trattamento integrato del disturbo Borderline di Personalità  
Bologna, 25 novembre 2010

# L'impatto del BPD sulla famiglia

## I genitori di pazienti con BPD

“..The way a parents cope with their child with BPD is a reflection of their personalities and their styles of handling all aspects of their lives. One parent may be permissive and conflict averse , while the other may tend to be more critical ,aggressive, and prone to utilizing aversive control (controlling behavior that is hurtful, punishing, and eventually harmful. Two distinct coping styles within one family sends a very confusing message to the person with BPD....Blame often plays a significant role in the life of a parent, especially when a child has a mental illness..”

Valerie Porr, 2010



# L'impatto del BPD sulla famiglia

## I fratelli di pazienti con BPD

“..The plight of brothers and sisters of those with BPD has been neglected by the mental health community. To date, sibling relationships and BPD have not been the subject of significant research. While coping with a brother or sister with BPD, siblings are often deeply affected and conflicted, as they may also be dealing with a family that has itself been disrupted and dysregulated by the myriad problems brought about by coping with BPD. A brother or a sister with BPD is like a black hole in space that absorbs so much of the family's attention and concern that the need of the other children are often overlooked.”

Valerie Porr, 2010



# L'impatto del BPD sulla famiglia

## I partners di pazienti con BPD

“.. A parent may be able to accept giving unconditional love without reciprocity since this is part of having children. For a partner however this is much more difficult. You have a right to expect a reciprocal relationship. However, most people with BPD are unable to maintain one. This is devastating, hurtful, and blaffing for a partner..”

Valerie Porr, 2010

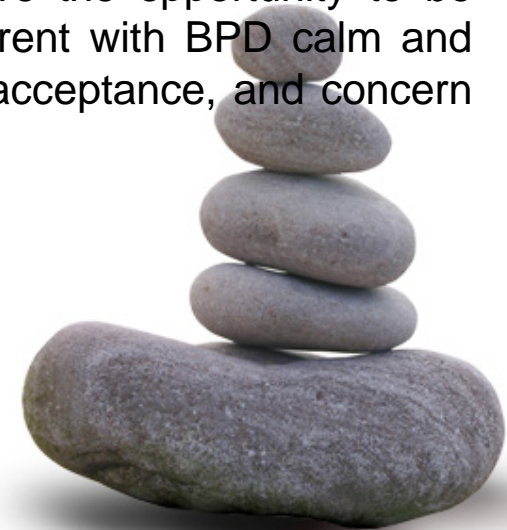


# L'impatto del BPD sulla famiglia

## I figli di pazienti con BPD

“.. A child whose parent has BPD is dependent on a person who is mercurial and impulsive, yet the child may be too young to understand that his parent has a mental disorder. The suffering experienced by children of someone with BPD is tragic. They generally blame themselves for their parent's quixotic mood changes and emotional outbursts. They grow up thinking they are never good enough or are bad because their parent is so often upset with them. They do not have the opportunity to be children because they have to learn how to keep their parent with BPD calm and avoid conflict rather than receiving the unconditional love, acceptance, and concern children are entitled to..”

Valerie Porr, 2010



# Interventi rivolti alle famiglie dei pazienti con BPD

## ANNI '70

- Vengono riportati i primi tentativi di intervento sulle famiglie dei pazienti con BPD. Il loro approccio 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 invischiamento 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 prototipica.
- 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**





# I trattamenti familiari psicoeducativi

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 mentale, sulla prognosi, sul decorso e sulla terapia.
- Le famiglie sopportano un notevole carico familiare; nuove strategie di gestione possono ridurre questo carico.



# Problemi riscontrati dai familiari dei pazienti con BPD



## 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 time of initial evaluation probably account for the frequently cited schism between BPD patients' particularly negative reports of their families and the more normative reports by their parents. Clinicians should obtain parental viewpoints as an essential part of evaluating the family environment. (Harvard Rev Psychiatry 1997;4:272-8.)

Gunderson & Lyoo, 1997

Studio condotto su 21 pazienti e relativi genitori.

I problemi più frequenti erano:

- La comunicazione
- Affrontare le relazioni ostili e rabbiose
- I timori rispetto al suicidio



# Approccio psicoeducativo nelle famiglie con BPD



Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho A.  
Families of borderline patients: a psychoeducational approach.  
Bull Menninger Clin. 1997 Fall;61(4):446-57.

“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



# Valutazione EE nelle famiglie di pazienti con BPD



Hooley & Hoffman, 1999

## Expressed Emotion and Clinical Outcome in Borderline Personality Disorder

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

**Objective:** This longitudinal follow-up study examined the predictive validity of relatives' expressed emotion in a group of patients diagnosed with borderline personality disorder. **Method:** Thirty-five patients with DSM-III-R-diagnosed borderline personality disorder were followed up 1 year after they were discharged from a psychiatric hospital. Clinical outcome was assessed through interviews with patients and their family members. Expressed emotion in the patients' relatives, assessed at the time of the index admission, was then used to predict patients' subsequent clinical outcomes. **Results:** Contrary to prediction, relatives' criticism and hostility did not predict how well patients did in the year after discharge. Neither did they predict rates of rehospitalization. Clinical outcome was strongly associated with family levels of emotional overinvolvement, 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; 156:1557-1562)

- 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.



# Conoscenza del BPD nei familiari



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

PERRY D. HOFFMAN, Ph.D.<sup>†</sup>  
ELLIE BUTEAU, Ph.D.<sup>‡</sup>  
JILL M. HOOLEY, D. Phil.<sup>§</sup>  
ALAN E. FRUZZETTI, Ph.D.<sup>¶</sup>  
MARTHA L. BRUCE, Ph.D., M.P.H.<sup>¶</sup>

Hoffman et al., 2003

- 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 un 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?



# Il distress psicologico nei caregivers dei pazienti con BPD



**Scheirs and Bok, 2007**

I|J|S|P

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

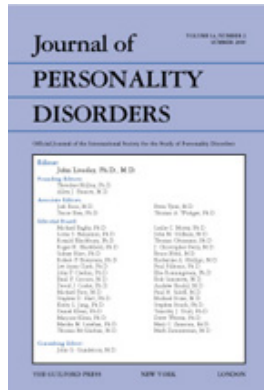
J.G.M. SCHEIRS & S. BOK

- 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.





# Il punto di vista dei familiari sullo sviluppo del BPD



Journal of Personality Disorders, 24(2), 204–216, 2010  
© 2010 The Guilford Press

## PARENTAL VIEWPOINTS OF TRAJECTORIES TO BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN FEMALE OFFSPRING

Marianne Goodman, MD, Uday Patil, MA,  
Joseph Triebwasser, MD, Elizabeth Diamond, MA,  
Atara Hiller, BA, Perry Hoffman, PhD, Shoshana Goldberg, BA,  
Harold Koenigsberg, MD, Larry Siever, MD, and Antonia New, MD

Goodman et al., 2010

- Survey condotta su Internet (NEA-BPD) sui genitori di 234 pazienti con BPD, confrontati con genitori di 87 figli senza BPD.
- Domande hanno indagato alcuni aspetti della vita delle figlie dalla gravidanza fino alla prima età adulta.
- I genitori delle figlie con BPD descrivono una sintomatologia affettiva che ha inizio nell'infanzia, e che include l'instabilità affettiva.
- Questi sintomi persistono durante la seconda infanzia e vengono affiancati dalle difficoltà interpersonali.
- Nell'adolescenza l'impulsività, l'aggressività ed i comportamenti auto-lesivi dominano il profilo.





# 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*

---

Hoffman & Fruzzetti, 2007

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



# Gunderson/McLean program

## IL LAVORO CON LA FAMIGLIA

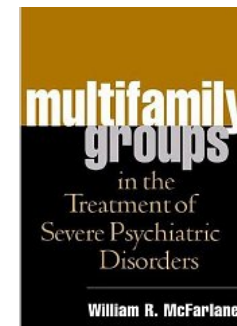
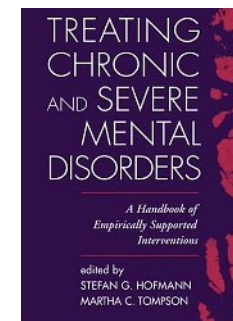
- Fase I: incontri iniziali con i familiari
  - Identificazione del problema
  - Trasmissione conoscenze sulla diagnosi
  - Il sostegno
- Fase II: stabilire un'alleanza
  - Le resistenze alla diagnosi borderline
  - La resistenza a essere coinvolti nel trattamento
- Fase III: gli interventi psicoeducativi per i familiari
  - Tre fasi
- Fase IV: la terapia familiare psicodinamica
  - Richiede la partecipazione attiva del paziente
  - Contempla un impegno a
    - a) migliorare l'intimità familiare mediante 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 familiari 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 e’ così”, non cercate di allontanare le emozioni. *E’ meglio usare le parole che passare ai fatti.*





# Gunderson/McLean program

## LINEE GUIDA PER I FAMILIARI

### ✓ **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.

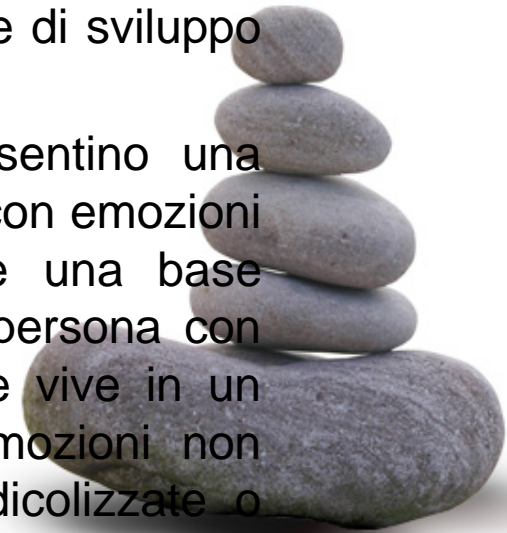
Hooley, 1999;Hoffman, 1999;Fruzzetti,2005;  
Fruzzetti,2007



Fruzzetti/

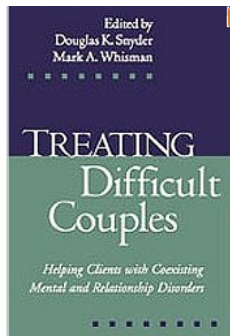
## University of Nevada, Reno program

- 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.

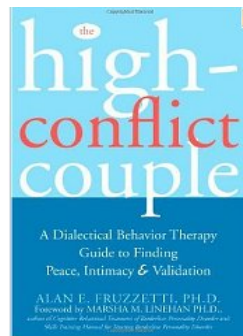


# Fruzzetti/ University of Nevada, Reno program

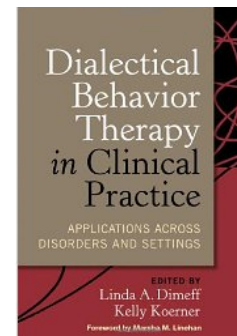
- Questo modello suggerisce quindi che aiutando le persone ad esprimere in modo accurato le proprie esperienze verranno facilitati gli altri nella validazione, l'essere validato a sua volta renderà più semplice l'identificazione delle emozioni e la loro espressione.
- Il format del programma può variare:
  - 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 Connections (FC) Program

- 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>)

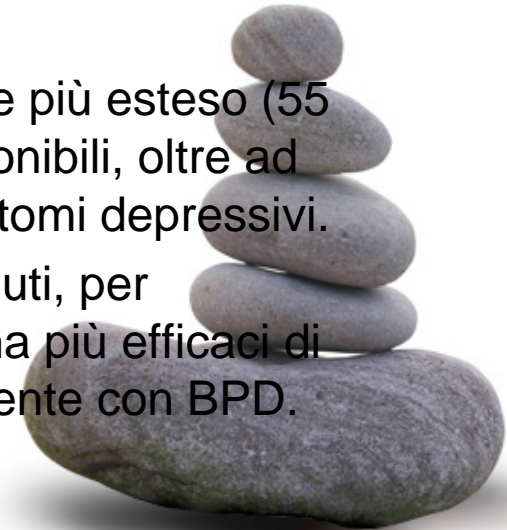




# Family Connections (FC) Program

## 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 familiare, lutto e abilità nella gestione della problematica borderline).
- Risultati: riduzione statisticamente significativa del carico familiare 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



# Esperienze italiane

Dipartimento di Salute Mentale di Fano

“Centro per lo studio ed il trattamento del DBP”

## Gruppo familiare multiplo (MFG)

- Progetto finanziato dalla Regione Marche.
- Intervento psicoeducativo rivolto ai familiari di pazienti con BPD.
- Gruppo di lavoro composto da 2 psichiatri, una psicologa, 3 Infermieri Professionali.
- Gruppo familiare multiplo: 7 famiglie, totale 13 partecipanti.
- Cadenza bimensile, incontri di 90 minuti.
- Segue il format del modello MFG di Gunderson.
- Strutturato in moduli che comprendono interventi didattici sul disturbo, lavoro sulle Linee Guida di Gunderson, elementi di DBT ed MBT.
- Condotta da un Leader ed un Co-Leader.

Criteri di elegibilità:

- a) Presenza di un componente del nucleo familiare con diagnosi di BPD.
- b) Motivazione al trattamento.



# Esperienze italiane

Assessment:

a) Testistica (T0, alla fine del trattamento e dopo altri tre mesi):

- L'ABC dei familiari (Veltro et al. ).
- Beck Depression Inventory (BDI; Beck).
- Questionario del benessere della famiglia (Roncone et al.)

b) Compilazione di una scheda da parte dello psichiatra di riferimento, che registra il numero di agiti autolesivi ed il numero di ricoveri e giorni di ospedalizzazione nei sei mesi precedenti l'inizio del trattamento, alla fine del trattamento e dopo 3 mesi.

Le misure di outcome vengono definite:

- a) per le famiglie: dai risultati dei test psicometrici somministrati
- b) per i pazienti: dalla riduzione del numero di agiti autolesivi e del numero e durata dei ricoveri durante il periodo di trattamento e dopo 3 mesi.



# Esperienze italiane

**Dipartimento Salute Mentale di Bologna**  
**Università di Bologna**

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 dall Fondazione del Monte.
- Lo studio verrà condotto nei Centri di Salute Mentale di Bologna Ovest (2010-2011)
- 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



# 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**



**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

## SITI

<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>

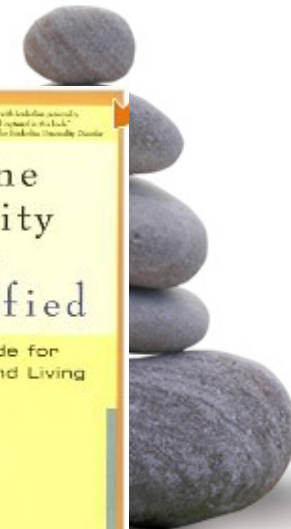
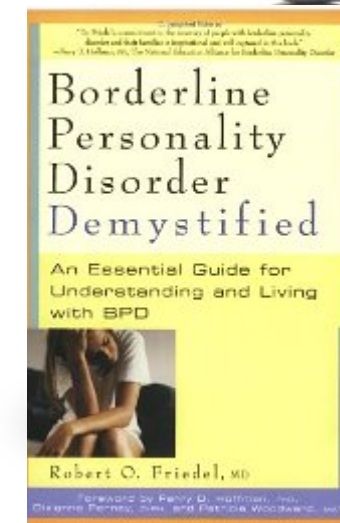
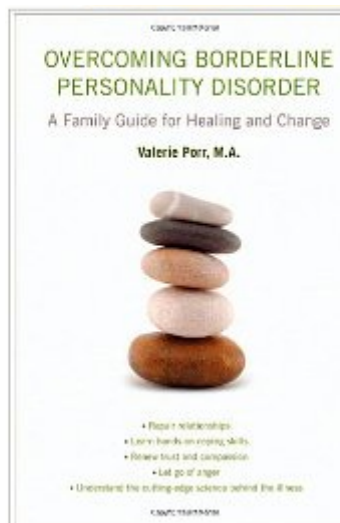
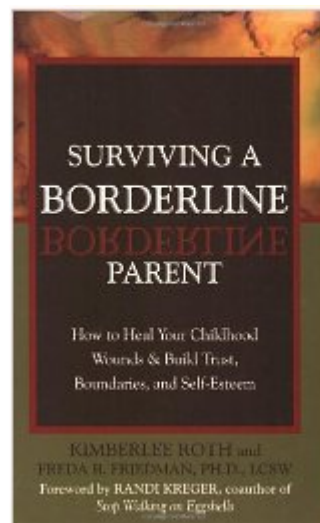
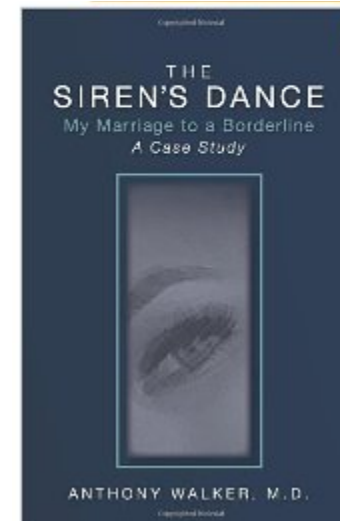
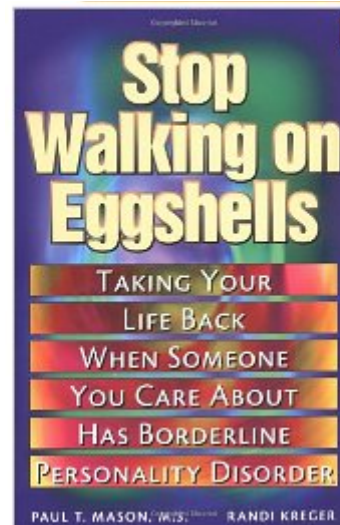
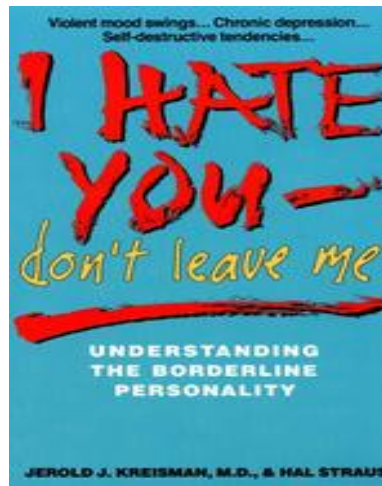
<http://bpdresourcecenter.org>





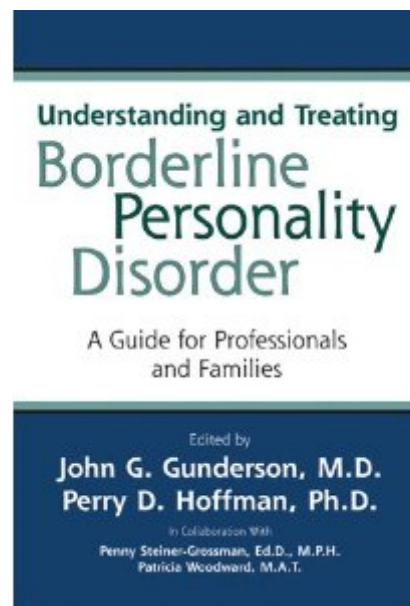
# L'Auto Aiuto negli USA

## LIBRI





# L'Auto-Aiuto in Italia



# Per i clinici

- La ricerca ha dimostrato come fino al 70% dei pazienti con BPD abbandonano il trattamento.
- Il mancato coinvolgimento dei familiari come alleati nel trattamento rende superficiale il coinvolgimento del paziente nel trattamento, e aumenta il rischio di drop out (Gunderson).
- I familiari consultano i clinici chiedendo un aiuto nella gestione dei pazienti con BPD. Si sentono spaventati, frustrati e senza speranze.
- Come clinici abbiamo l'opportunità di guidare queste famiglie verso la riconciliazione e la riparazione.
- I familiari trascorrono più tempo con i pazienti con BPD rispetto a chiunque altro, e ricoprono un ruolo chiave. Possono fornire aiuto, prevenire momenti di crisi e motivare il paziente a partecipare al trattamento.



# Cosa ci chiedono i familiari..

- Accurata Informazione
- Comprensione
- Accettazione
- Compassione
- Coinvolgimento nel trattamento
- Rimanere nel qui e ora
- Atteggiamento non giudicante
- Consapevolezza della comunicazione non verbale
- Anche i familiari hanno dei diritti.
- Vincere le resistenze del paziente

TARA Helpline calls



# Conclusioni

- Il ruolo della famiglia nel trattamento del Disturbo Borderline di Personalità è cambiato negli ultimi 30 anni.
- Il familiare è considerato oggi, un alleato nel trattamento.
- Necessari studi randomizzati e controllati che valutino efficacia interventi rivolti ai familiari.
- Advocacy e disturbo borderline.



Grazie per l'attenzione!

[biancamaria.bortolotti@unibo.it](mailto:biancamaria.bortolotti@unibo.it)

