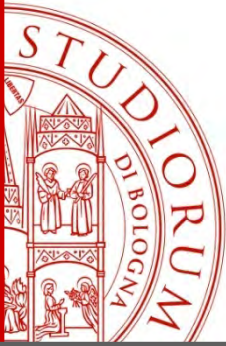


Domenico Berardi
Istituto di Psichiatria
Università di Bologna

Fenomenologia clinica e diagnosi

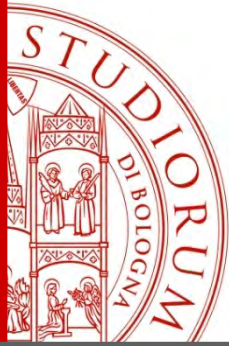
Lo Skill Training della DBT (Terapia Dialettico Comportamentale)
nel trattamento integrato del Disturbo Borderline di personalità
Venerdì 29 ottobre 2010



Il DBP e il nostro tempo

Se l'isteria esprimeva un disagio della modernità, la repressione pulsionale, il DBP da corpo nosografico a un altro tipo di sofferenza identitaria: non da eccesso ma da liquefazione degli organizzatori (personali e collettivi) identitari, dei sistemi simbolici, dei contenitori collettivi ...

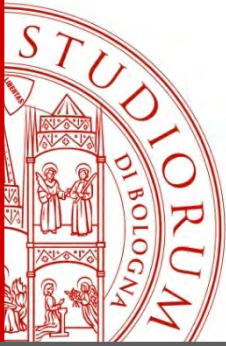
Francesco Barale, 2007



Internalizzazione ed esternalizzazione

- I disturbi mentali comuni potrebbero essere suddivisi in due ampie categorie: i disturbi della esternalizzazione, che si manifestano in comportamenti osservabili, e i disturbi della internalizzazione che sono disturbi dell'esperienza interiore.
- Kendler et al. (1997) hanno analizzato i dati emersi dal National Comorbidity Study e hanno individuato due dimensioni principali:
 - La *internalizzazione* corrisponde alle due dimensioni, fra loro correlate, di depressione e ansia.
 - La *esternalizzazione* indica disturbi caratterizzati da alterazione del comportamento, come quelli legati all'uso di alcol, dipendenza da droga, comportamento antisociale, disturbo da deficit di attenzione ed iperattività insieme alla dimensione di personalità "cercatore di novità"

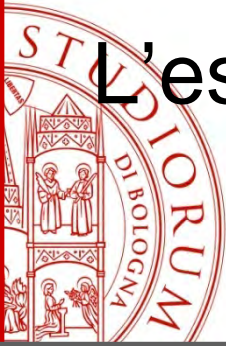
[Goldberg and Goodyear, Origins and course of common mental disorders, Rutledge, 2007](#)



Come si descrivono

... Mi ricordo, all'età di 11 anni, di essere stata nei guai con mia madre che era più arrabbiata che mai ... Improvvisamente, feci un respiro profondo, mi ritirai in me stessa e mi "divisi" in due. Una parte rimase ad affrontare lei, ma protessi l'altra parte. Immaginai di portare il mio io interiore fuori dal mio corpo e di metterlo in una scatola da scarpe che misi sulla mensola dell'armadio. Potevo "scompare" e tornare quando volevo e nemmeno avere ricordi. Mi sentivo sicura nel mio altro mondo: ricordo che andavo in una stanza che era soffice come bambagia e rosa. Nessuno ha mai saputo ... Per tutta la mia adolescenza e durante gli anni di Università, mentalmente uscivo ed entravo in mondi diversi. Il fattore scatenante era un evento stressante, solitamente a casa ... Sfortunatamente, quando passavo il mio tempo non in fuga - nel mondo reale - i miei ricordi, l'impulsività e il terrore di rimanere sola mi mettevano nei guai e mi spingevano a soluzioni rapide per sopravvivere. Droghe, alcool, tagliarmi e tentativi di suicidio: le ho provate tutte, ma non avevo mai provato l'introspezione, perché quella era troppo pericolosa.

J. Gunderson & P. Hoffman. Disturbo borderline di personalità. Una guida per professionisti e familiari. 2005



L'esperienza soggettiva di essere borderline

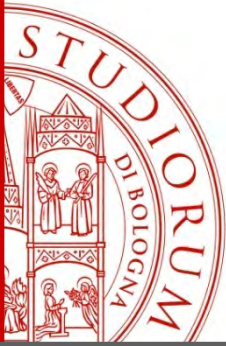
ORIGINAL REPORT

The Pain of Being Borderline: Dysphoric States Specific to Borderline Personality Disorder

Mary C. Zanarini, EdD, Frances R. Frankenburg, MD, Christine J. DeLuca, EdM, John Henneri, PhD, Gagan S. Khara, AB, and John G. Gunderson, MD

Zanarini ha compiuto uno studio per documentare “il dolore dell’essere borderline”. Rispetto a tutti gli altri disturbi di personalità, i pazienti con BPD si sentivano più frequentemente:

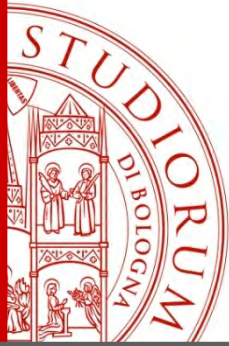
- Sopraffatti
- Privi di valore
- Molto arrabbiati
- Soli
- Non compresi
- Abbandonati
- Traditi
- Cattivi
- Fuori controllo
- Come fossero dei bambini piccoli



Come li descrivono i familiari

“Mamma sono triste”. Ho sentito queste parole per la prima volta quando Jesse aveva tre anni e andava all’asilo nido. In retrospettiva, mi rendo conto che mia figlia sapeva prima di chiunque altro di essere diversa. Quando parlavo con i suoi insegnanti, mi veniva detto che era solo timida e che, essendo una tra le più piccole della classe, probabilmente non era ancora in grado di tenere il passo ...

J. Gunderson & P. Hoffman. Disturbo borderline di personalità. Una guida per professionisti e familiari. 2005

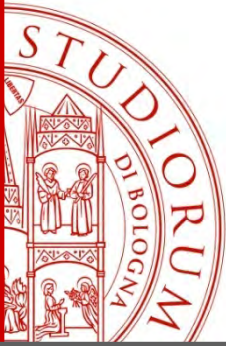


Di chi stiamo parlando?

Diario di una borderline



www.youtube.it

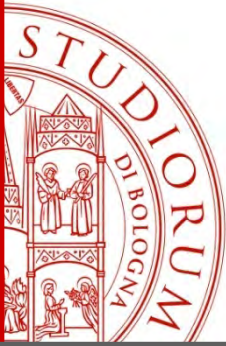


DBP descritto dai clinici

“... Le persone con un disturbo borderline di personalità hanno maturato il sentimento di essere stati trattati ingiustamente, di non aver ricevuto l’attenzione o la protezione di cui avevano bisogno. Sono arrabbiati per questo e, una volta diventati giovani adulti, si mettono alla ricerca di qualcuno che possa risarcirli della carenza avvertita.

Quando pensano di aver trovato questa persona, attivano relazioni intense ed esclusive, che poi falliscono a causa delle aspettative illusorie che hanno riposto nell’altra persona ...”.

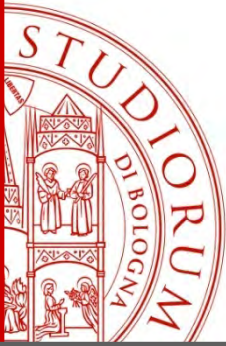
John Gunderson
La personalità borderline, 2008



Una posizione: il DBP non ha trattamenti

- Molti psichiatri sono riluttanti a lavorare con i BPD in quanto non valutano di avere strumenti per curarli e ritengono che i servizi di salute mentale non abbiano nulla da offrire. Alcuni ritengono anche che non possano considerarsi affetti da una malattia mentale (Bowers, 2002)





Su quale “confine”?

- i. Schizofrenia ('70)
- ii. Depressione ('80)
- iii. PTSD ('90)
- iv. Disturbo bipolare (2000)

Reviews and Overviews

Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis

John G. Gunderson, M.D.

Objective: The purpose of this article is to describe the development of the borderline personality disorder diagnosis, highlighting both the obstacles encountered and the associated achievements.

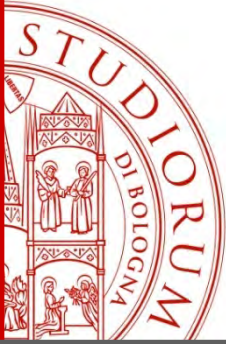
Method: On the basis of a review of the literature, the author provides a chronological account of the borderline construct in psychiatry, summarizing progress in decade-long intervals.

Results: Borderline personality disorder has moved from being a psychoanalytic colloquialism for untreatable neurotics to becoming a valid diagnosis with signifi-

cant heritability and with specific and effective psychotherapeutic treatments. Nonetheless, patients with this disorder pose a major public health problem while they themselves remain highly stigmatized and largely neglected.

Conclusions: Despite remarkable changes in our knowledge about borderline personality disorder, increased awareness involving much more education and research is still needed. Psychiatric institutions, professional organizations, public policies, and reimbursement agencies need to prioritize this need.

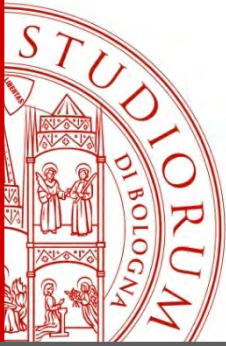
(Am J Psychiatry 2009; 166:530-539)



Le 4 dimensioni del DBP

1. Relazioni interpersonali instabili
2. Disregolazione affettiva
3. Disregolazione degli impulsi
4. Disturbi dell'identità

(Lieb, et al. 2004; Koenigsberg, et al., 2002; Bohus, 2001; Zanarini, et al.1998)



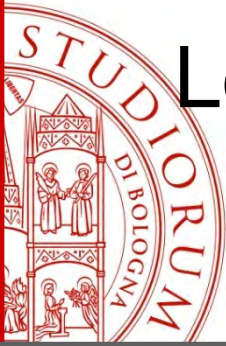
Relazioni instabili

Relazioni affettive travagliate, caotiche, altalenanti, intense caratterizzate da sentimenti estremi di idealizzazione e svalutazione

Sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono.

“l’ho incontrato il mese scorso in discoteca. Stiamo insieme e siamo felicissimi. Mi ha chiesto di vivere con lui. Capisco da questo che mi ama, sono sicura che andrà tutto bene”

“ Non mi rispondeva a telefono.. Ero agitata e avevo il panico. Pensavo che non volesse più stare con me! Allora gli ho lasciato un messaggio in segreteria dicendogli che se non voleva più sentirmi mi sarei buttata sotto la prima macchina. Ero fuori di me, ma in quel momento l’avrei fatto”



Le relazioni instabili come fenotipo del BPD

- Relazioni instabili come fenotipo del disturbo
- Instabilità e stile di attaccamento insicuro (ansioso-preoccupato) o disorganizzato
- Ereditabilità dello stile di attaccamento
- **Endofenotipi del pattern di attaccamento insicuro:**
 - Deficit di mentalizzazione
 - Iper-sensibilità al rifiuto

Commentary

Disturbed Relationships as a Phenotype for Borderline Personality Disorder

Factor analytic studies describe three sectors of borderline personality disorder psychopathology: affective, behavioral, and interpersonal (1). The first two of these sectors, *affective instability* and *impulsivity*, have been conceptualized as major underlying phenotypes (i.e., for dispositions having significant heritability) (2). Borderline personality disorder's third sector of psychopathology, *disturbed relationships*, has traditionally been conceptualized as environmentally determined, i.e., as learned behaviors. However, these relationship characteristics are central to the clinical problems (e.g., regressions, psychotic transferences, manipulativeness, boundary problems, and countertransference reactions), as well as to major dynamic (3, 4) and cognitive (5, 6) theories and therapies. To reconceptualize these relationship phenomena as reflective of a third major phenotype would represent a paradigm shift that is the thesis of this editorial.

"The existence of a relational phenotype helps explain the effectiveness of psychosocial treatment interventions for borderline personality disorder."

Does Borderline Personality Disorder Have a Characteristic Interpersonal Style?

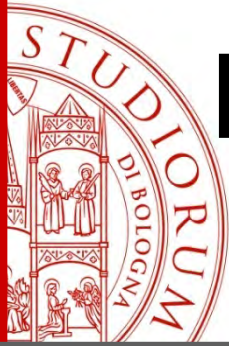
The relational style of someone with borderline personality disorder is characterized in the DSM-IV borderline personality disorder criteria as intense and unstable, marked further by abandonment fears and by vacillating between idealization and devaluation. These characteristics have offered the best discriminators for the diagnosis (7). They mirror two prototypic variations of insecure attachments: the "preoccupied" form of attachment marked by pleas for attention or help, clinging, and checking for proximity alternating with the "unresolved/fearful" ("disorganized" in children) form of attachment, which is marked by denial, confusion, or fearfulness about dependency (8, 9).

Is Borderline Personality Disorder's Interpersonal Style Familial?

Zanarini et al. (10) used family history methods to compare 341 borderline personality disorder probands with 1,580 first-degree relatives to a sample of 104 with other personality disorders and their 472 first-degree relatives. Among relatives with borderline personality disorder, 27.5% had borderline personality disorder's particular style of disturbed interpersonal relationships, compared to 17.2% of the relatives of persons with other personality disorders ($p=0.002$). This degree of familiarity was very similar to that shown for borderline personality disorder's *affective instability* and *impulsivity* phenotypes.

Is Borderline Personality Disorder's Relationship Style Heritable?

To date, the heritability of the specific borderline personality disorder disturbed interpersonal style per se has not been tested in patients with borderline personality disorder. Livesley and colleagues (11, 12) examined heritability for different forms of attachment as measured by self-report. Although the nonshared environment still accounted for most of the variance, the secure style of attachment had a heritability of 0.37, and the *fearful* and *preoccupied* styles of insecure attachment—those which, as noted above,



L'intolleranza alla solitudine

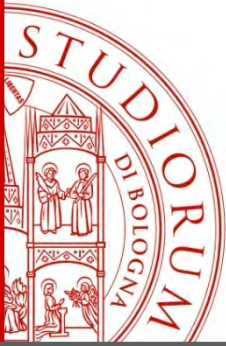
(J. Gunderson)

Il DBP vive la solitudine come una intollerabile perdita del sé, da cui si difende attraverso il passaggio all'atto (agiti) o mediante una distorsione della realtà (fenomeni dissociativi)

L'intolleranza alla solitudine viene spiegata come il fallimento precoce nell'introyezione dell'altro nella relazione d'attaccamento, che implica l'incapacità ad affrontare la separazione dai propri caregivers.

Gli abbandoni, i lutti, le separazioni vengono vissuti come eventi traumatici durante i quali il pz rivive l'angoscia della assenza dell'altro di cui ha bisogno vitale

Questo è il momento in cui il paziente ha bisogno di essere "tenuto" e la sua risposta sarà un atteggiamento di adesione passiva, idealizzazione dell'altro.



Disregolazione affettiva

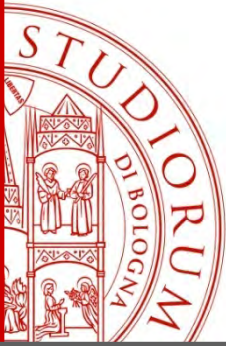
Instabilità emotiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (esempio episodica intensa disforia o irritabilità e ansia, che di solito durano poche ore e, soltanto più raramente più di pochi giorni);

Sentimenti cronici di vuoto;

Rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (esempio frequenti accessi di ira o rabbia costante o ricorrenti scontri fisici); ricorrenti scontri fisici

“Erick mi ha invitato alla sua festa stamattina, ma gli ho detto di no. Mi sento giù, non volevo neanche venire a colloquio. Uscendo di casa mia mamma mi ha aggredita dicendo che non ho pulito la stanza! Gli ho urlato contro che se io devo pulire la stanza, lei deve imparare a farsi gli affaracci suoi, quella pazza! Stavo per rimetterle le mani al collo! Ora che sono qui però mi sento meglio, con lei mi calmo subito ed esco da qui felice. Credo proprio che andrò alla festa del mio amico stasera!”

“Non so bene dire come mi sento quando lui se ne va. I pensieri si bloccano, il tempo si ferma. Mi sento vuota. E poi sento l'ansia, sono irrequieta fino a quando lui non torna..”



Disregolazione degli impulsi

Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate);

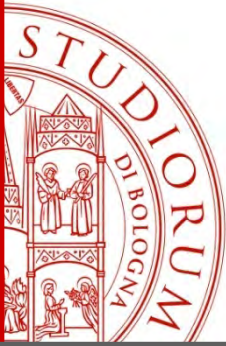


Ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari o comportamento auto mutilante;



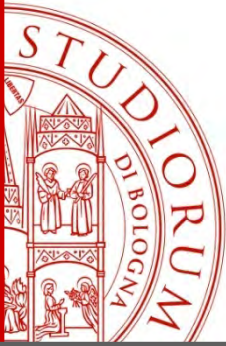
“Vedevo gli altri felici, era tutto perfetto, non c’era nulla che non andasse bene... il problema era solo nella mia testa. Mi sentivo irrequieta e avevo voglia di urlare. Sono corsa in bagno, non riesco a resistere. Quella è stata la prima volta che mi sono tagliata “





Self-harm: specificità comportamentale

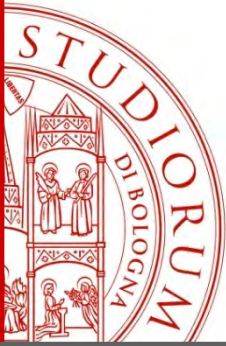
- Self harm presente nel 75% dei casi
- Il self-harm raddoppia la probabilità di suicidio
- È associato a esperienze di sollievo da stati affettivi dolorosi o intollerabili
- Self harm come :
 - sentire un dolore fisico per superare quello psicologico
 - punizione per essere “cattivi”
 - controllo della relazione con l’altro



Disturbi dell'identità

Alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili;
Ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori (depersonalizzazione e derealizzazione) legati allo stress.

“A volte davanti alla tv.. La fisso, ma non guardo. Penso ad altro, ma non so a cosa esattamente. Me ne accorgo quando qualcuno mi chiama o il film si interrompe. Non so dire quanto tempo è passato, minuti, forse ore. La voce degli altri mi riporta nel mondo.. Mi sembra quasi irreale, come se fossi stata per un attimo via dal mio corpo”



Risposta ai farmaci

- Non esiste una terapia farmacologica specifica per il DBP
- Vengono utilizzate varie classi di farmaci per le diverse dimensioni del DBP

 The British Journal of Psychiatry (2010)
Vol. 197, Iss. 12, pp. 1102-1109

Review article

Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials

Klaus Lieb, Birgit Völlm, Gertra Rücker, Anja Timmer and Jutta M. Stoffers

Background

Many patients with borderline personality disorder receive pharmacological treatment, but there is uncertainty about the usefulness of such therapies.

Aims

To evaluate the evidence of effectiveness of pharmacotherapy in treating different facets of the psychopathology of borderline personality disorder.

Method

A Cochrane Collaboration systematic review and meta-analysis of randomised comparisons of drug v. placebo, drug v. drug, or single drug v. combined drug treatment in adult patients with borderline personality disorder was conducted. Primary outcomes were overall disorder severity as well as specific core symptoms. Secondary outcomes comprised associated psychiatric pathology and drug tolerability.

Results

Twenty-seven trials were included in which first- and second-generation antipsychotics, mood stabilisers, antidepressants

and omega-3 fatty acids were tested. Most beneficial effects were found for the mood stabilisers topiramate, lamotrigine and valproate/levamisole, and the second-generation antipsychotics aripiprazole and olanzapine. However, the robustness of findings is low, since they are based mostly on single, small studies. Selective serotonin reuptake inhibitors do not lack high-level evidence of effectiveness.

Conclusions

The current evidence from randomised controlled trials suggests that drug treatment, especially with mood stabilisers and second-generation antipsychotics, may be effective for treating a number of core symptoms and associated psychopathology, but the evidence does not currently support effectiveness for overall severity of borderline personality disorder. Pharmacotherapy should therefore be targeted at specific symptoms.

Declaration of interest

None.

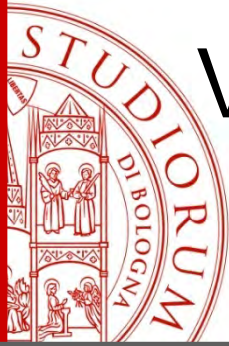
Borderline personality disorder is characterised by a pervasive pattern of instability in affect regulation, impulse control, interpersonal relationships and self-image. Clinical hallmarks include emotional dysregulation, impulsive aggression, repeated self-injury and chronic suicidal tendencies.¹ The disorder leads to substantial suffering and functional impairment in those affected,² and has a serious impact on mental health services, incurring high costs.³ In a new US study the lifetime prevalence has been estimated to be about 5.9%.⁴ The point prevalence rates are estimated to be about 0.7% in European national community samples.^{5,6} However, considerably higher point prevalence rates are found among primary care attendees (4.3%).⁷ The disorder often co-occurs with mood, anxiety and substance use disorders, and is also associated with other personality disorders.⁸ Suicidal behaviour is reported to occur in up to 86% of patients with borderline personality disorder.⁹ Comorbid mood disorders or substance use are considered the most relevant risk factors for suicide completion.¹⁰ In medical settings, people with borderline personality disorder often present to emergency departments after self-harm incidents or in suicidal crises, and are often repeatedly hospitalised. Additionally, in the USA more than 80% of patients with the disorder are in individual psychotherapy for at least half of a 6-year period, and the same proportion are taking regular medication.¹¹ Treatment settings and provisions for patients may vary between different countries; nevertheless, pharmacological interventions are increasingly commonly used to treat different facets of the pathology spectrum, such as affective instability, impulsivity, dissociative states or cognitive-perceptual symptoms.¹² Associated disorders such as depression can likewise be the target of psychopharmacological interventions. Different classes of agents, such as mood stabilisers, antipsychotics

and antidepressants, have been used in the treatment of people with borderline personality disorder;¹³ polypharmacy is also common.¹⁴ The aims of this work were to update the previous Cochrane Collaboration review on this topic,¹⁵ and to systematically search for, evaluate and appraise high-quality evidence of the effect of drug treatment on core symptoms and associated psychiatric pathology.

Method

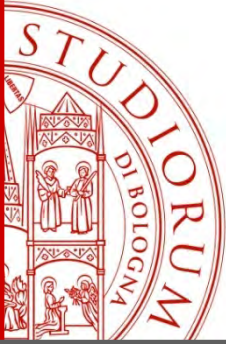
Studies were identified from searches up to June 2008 in the Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, CINAHL, EMBASE, National Research Register, BIOSIS, PsycINFO, Sociological Abstracts, the Applied Social Sciences Index of Abstracts, ISI Web of Knowledge, System for Information on Grey Literature in Europe, International Bibliography of Social Science, Copac and Dissertation Abstracts. The Cochrane maximum sensitive search strategy was used where possible, and 'borderline personality disorder' was employed as the key or title word. The following trial registries were searched via the World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform: the International Standard Randomised Controlled Trial Number registry, ClinicalTrials.gov and the Australian Clinical Trials Registry. Additionally, cross-references from relevant literature were traced, and researchers in the field were contacted by email and asked for unpublished data. There was no language restriction.

All randomised comparisons testing pharmacological interventions in borderline personality disorder on a long-term basis (i.e. continuous medication) were included. Likewise, data from



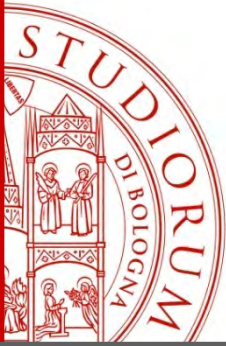
Variabilità ed eterogeneità del DBP

- Come si presenta nei setting (PS, CSM, Sert, SPDC)
- Variabilità dei decorsi
- Oscillazioni del quadro clinico (intra - individuale)
- Comorbilità con asse Disturbi in asse I-II (inter-individuale)



DBP nei diversi setting

- Suicidalità in PS
- Disregolazione affettiva nel CSM con depressione
- In SPDC mostra bouffe delirante
- Nel Sert impulsività legata alle sostanze e altre forme di dipendenza (gambling, shopping)



Variabilità dei decorsi

Da studi osservazionali il DBP va incontro ad una remissione della sintomatologia nel tempo (>75%) dopo i 30 anni

- L'impulsività e il discontrollo comportamentale si riducono significativamente e precocemente
- I sintomi cognitivi si modificano meno velocemente
- La disregolazione emotiva rimane relativamente stabile
- Rimane scarso il funzionamento sociale

Article
The Longitudinal Course of Borderline Psychopathology:
6-Year Prospective Follow-Up of the Phenomenology
of Borderline Personality Disorder

Mary C. Zanarini, Ed.D.,
Frances R. Frankenburg, M.D.,
John Hennen, Ph.D.,
Kenneth R. Silk, M.D.

J Am Psychol 2005; 60:274-285

Improvement in borderline personality disorder in relationship to age

Objective: It is commonly believed that some features of borderline personality disorder (BPD) improve as individuals reach their late 30s and 40s. This study examined age-related change in borderline personality disorder (BPD) symptoms and clinical impairment, using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) criteria and clinical impairment, using the Inventory of Interpersonal Problems (IIP) scale.

Method: A total of 114 male and female participants with BPD were followed prospectively with yearly assessments over 6 years.

Results: Participants showed a decline in symptoms of borderline personality disorder (BPD) over the 6-year follow-up. Improvement in BPD symptoms was associated with age, with the greatest improvement seen in the 30s and 40s. This study examined age-related change in borderline personality disorder (BPD) symptoms and clinical impairment, using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) criteria and clinical impairment, using the Inventory of Interpersonal Problems (IIP) scale.

Conclusion: Improvement in borderline personality disorder (BPD) symptoms and clinical impairment was associated with age, with the greatest improvement seen in the 30s and 40s. This study examined age-related change in borderline personality disorder (BPD) symptoms and clinical impairment, using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) criteria and clinical impairment, using the Inventory of Interpersonal Problems (IIP) scale.

Keywords: Borderline personality disorder, symptoms, clinical impairment, age, improvement.

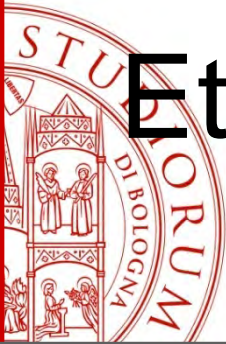
Significant outcomes:

- Age was associated with differential improvement in BPD criteria over the 6 years of follow-up.
- Age was associated with a differential course in functioning. Despite overall improvement, functioning in older borderline participants began to decline midway through the follow-up, in contrast to maintenance or continuing improvement in younger participants.

Limitations:

- Study participants began the study at different ages, and there could be age-related sampling biases.
- The majority of participants were recruited as outpatients, and findings may not generalize to an inpatient sample. The majority of participants received treatment, and the results may not generalize to untreated samples.
- Findings are limited by the number of participants at different ages, the absence of subjects older than age 45 at the study baseline, and the length of follow-up.

Conclusion: For example, the DSM-IV states "The impairment from the disorder and the risk of suicide are greatest in the young adult years and gradually decrease with advancing age" (1). For the world of that



Eterogeneità del quadro clinico

Oscillazioni rapide

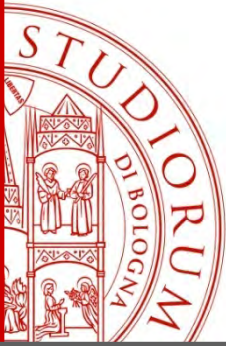
Periodi di sofferenza oscillano con fasi di relativo compenso e un discreto adattamento sociale.

Un quadro clinico grave può cambiare rapidamente grazie ad un efficace intervento terapeutico o ad un evento relazionale favorevole.

L'atteggiamento e la manifestazione clinica del quadro sintomatico può esprimersi diversamente secondo lo stile del terapeuta.

CONTESTO INTERPERSONALE	FENOMENOLOGIA CLINICA	RISPOSTE DEGLI ALTRI	IMPLICAZIONE CLINICA
Idealizzante	Contenuto/Vuoto/ dipendente/passivo	Accogliente/ Comprensiva	Collaborativo Il paziente risponde a terapie espressive
E' Minacciato/Criticato Diventa svalutante	Arrabbiato/ Autodistruttivo	Spaventato/ Colpevole/ Arrabbiato	Il paziente necessita di sostegni sociali e cambiamenti comportamentali
Abbandonato/ Solo	Terrorizzato Dissociato Paranoide Abusa di sostanze Promiscuo	Soccorrevole	Il paziente necessita di contenimento e farmaci

John Gunderson
La personalità borderline, 2008

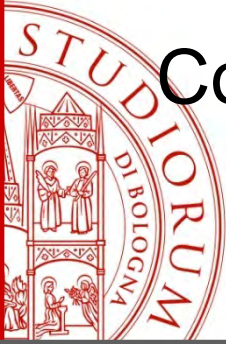


Comorbilità in Asse I e II

Le Aree del DBP
sono
sovrapponibili a
quelle di altri
disturbi in asse I

Diagnosi	Pazienti DBP
Depressione	50%
Distimia	70%
Disturbo Bipolare	20%
DCA	25%
PTSD	30%
Disturbo correlato a Sostanze	35%
Somatizzazione	5%
DAP	25%

John Gunderson
La personalità borderline, 2008



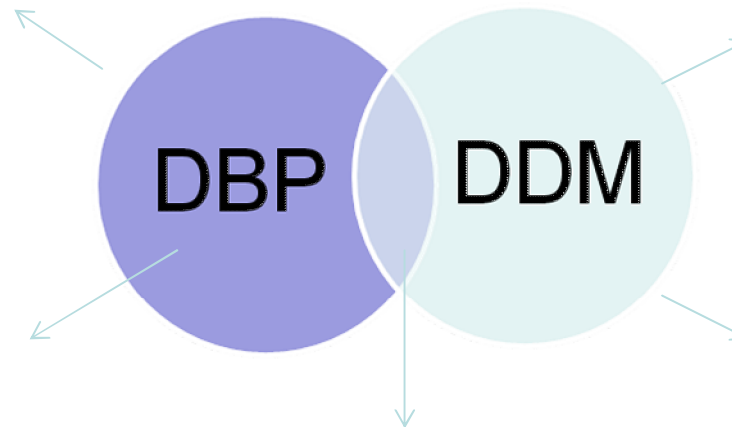
Comorbilità con il Disturbo Depressivo Maggiore

Tratti di personalità:

Impulsività
Atteggiamenti svalutativi
Relazioni instabili

Tratti di personalità:

Ansioso
Preoccupato
Consapevole



Esperienza soggettiva:

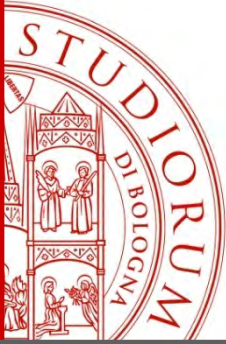
Arrabbiato
Solo
Vuoto

Esperienza soggettiva:

Privo di speranza
Fallito

Caratteristiche comuni:

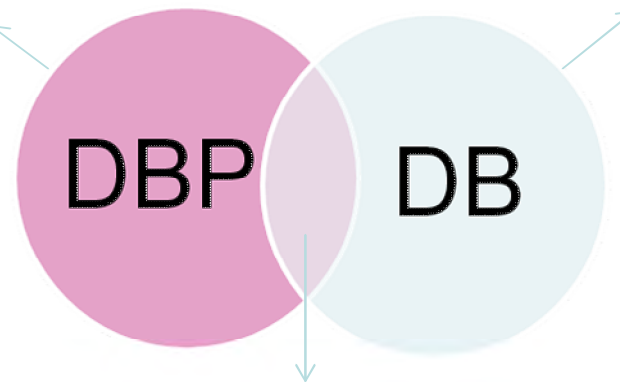
Anergia
“Cattiveria”
Dipendenza



Comorbilità con il Disturbo Bipolare

Tratti di personalità:

Sensibilità Interpersonale
Verso ostilità e separazioni
Immagine di sé come “cattivo”

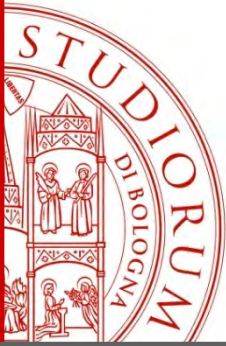


Tratti di personalità:

Insensibilità Interpersonale
Immagine di sé grandiosa

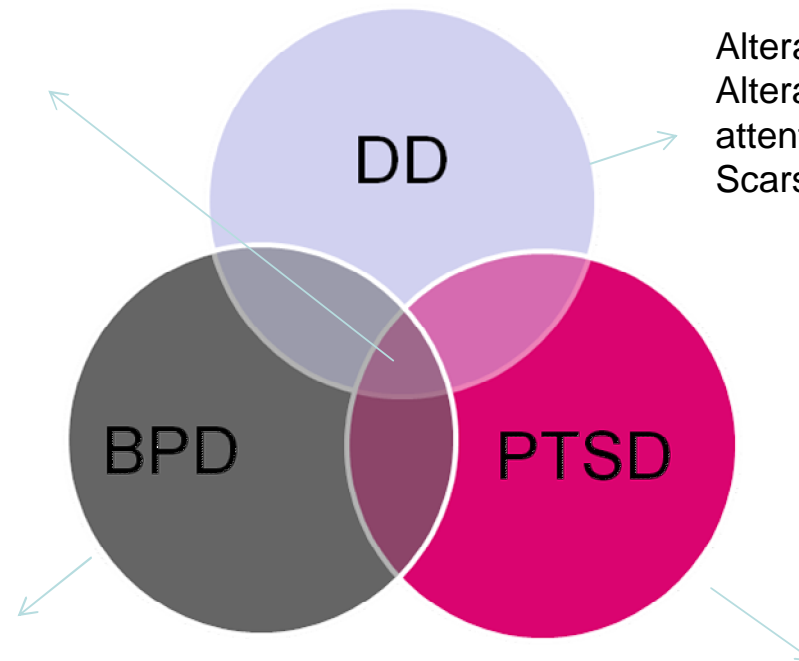
Caratteristiche comuni:

Impulsività, Instabilità affettiva, Rabbia inappropriata,
Tendenze suicide ricorrenti, Relazioni instabili



Comorbilità con il Disturbo Dissociativo e il Disturbo Post-Traumatico da Stress

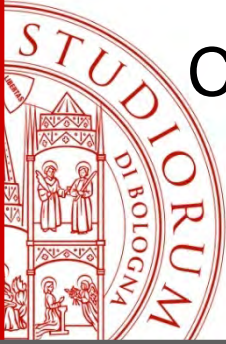
Trauma infantile
Abuso sessuale
Fenomeni dissociativi
Alterazione senso di sé



Alterazioni del senso della realtà,
Alterazioni cognitive,
attentive e mnestiche
Scarsa consapevolezza e criticità

Ricerca di supporto, aiuto,
Attaccamento disorganizzato, famiglie
“neglect”, estranee emotivamente,
L'ansia e l'impulsività legate alla minaccia di
abbandono

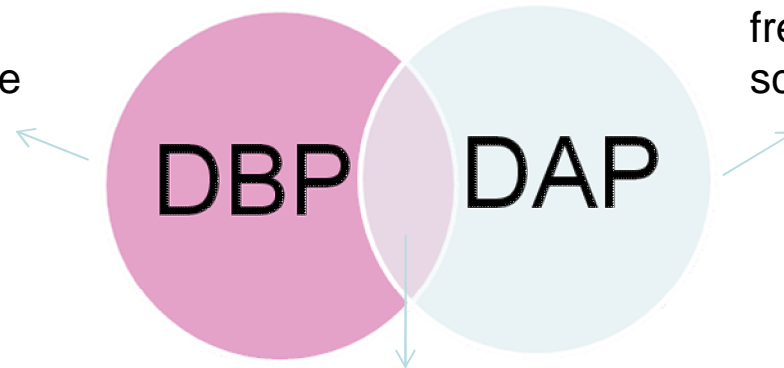
Flashback, stati d'ansia riferiti all'evento,
diffidenza e paura, evitamento delle
relazioni



Comorbilità con il Disturbo Antisociale di Personalità

Tratti di personalità:

Ricerca la relazione.
Bisognoso di cure e aiuto.
Idealizzazione/svalutazione

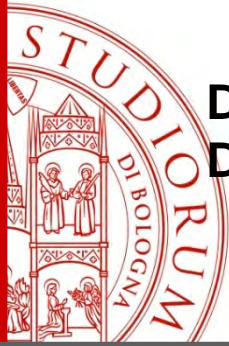


Tratti di personalità:

Mancanza di empatia,
freddezza, calcolatore, privo di
scrupoli e rimorsi, inespressivo

Caratteristiche comuni:

Impulsività, ostilità, aggressività, irascibilità,
Trasgredisce alle regole, spericolato
Abuso di sostanze illecite



DSDP Programme Dangerous People with Severe Personality Disorder



A joint initiative between the Department of Health, NOMS and the Ministry of Justice

The Dangerous People with Severe Personality Disorder Programme brings together the Ministry of Justice, the Department of Health, Her Majesty's Prison Service and the National Health Service to deliver new mental health services for people who are or have previously been considered dangerous as a result of severe personality disorders)

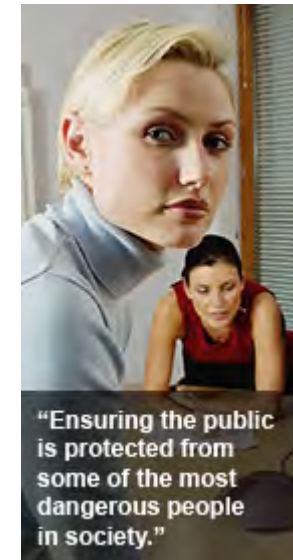
The main objectives of this pilot programme are:

- Improved public protection
- Provision of new treatment services improving mental health outcomes and reducing risk, and
- Understanding of what works in treatment and management of those who meet DSPD criteria

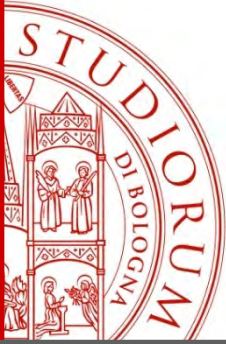
The underpinning philosophy of the DSPD Programme is that public protection will be best served by addressing the mental health needs of a previously neglected group.

The pilot services cover England and Wales. In addition to the 300 high secure places for men, the programme also provides:

- 75 medium secure and community places with community teams
- A pilot service for women
- A research and development programme



"Ensuring the public is protected from some of the most dangerous people in society."



La diagnosi categoriale (DSM IV-R)

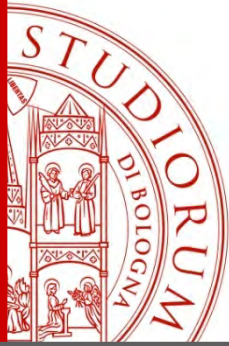
5 di 9 per la diagnosi di DBP

1. sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono;
2. un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione;
3. alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili;
4. impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate);
5. ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari o comportamento automutilante;
6. instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (esempio episodica intensa disforia o irritabilità e ansia, che di solito durano poche ore e, soltanto più raramente più di pochi giorni);
7. sentimenti cronici di vuoto;
8. rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (esempio frequenti accessi di ira o rabbia costante o ricorrenti scontri fisici);
9. ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.



Limiti della diagnosi categoriale

- **Utilità:**
 1. Un parametro di riferimento comune
- **Limiti:**
 1. Essendo necessari cinque criteri su nove per la diagnosi, è possibile che due soggetti ricevano la stessa diagnosi condividendo un solo criterio.
 2. Un paziente con 4 criteri (sottosoglia) del Disturbo Borderline può non rientrare in alcuna categoria diagnostica e quindi non arrivare all'attenzione dei clinici.
 3. Le diagnosi categoriale non contiene informazioni circa la severità del disturbo, ma solo sulla presenza.

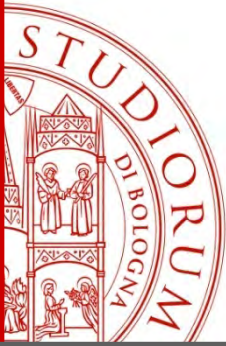


Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

- Five specific Personality Disorders are being recommended for retention in DSM-V:
 - 1) **Borderline,**
 - 2) **Antisocial/psychopathic,**
 - 3) **Schizotypal,**
 - 4) **Avoidant**
 - 5) **Obsessive-compulsive.**

PD diagnoses have been shown in longitudinal follow-along studies to be significantly less stable over time than their definition in DSM-IV implies (e.g., Grilo et al., 2004).

The reduction in the number of types is expected to reduce co-morbid PD diagnoses, the use of a dimensional rating of types recognizes that personality psychopathology occurs on continuum.



“Matching per prototipo”

A. Type rating.

Usando un punteggio da 1 a 5 il clinico valuterà quanto il paziente sarà rappresentativo di quel prototipo

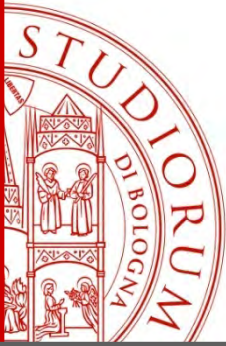
5 = Very Good Match: patient *exemplifies* this type

4 = Good Match: patient *significantly* resembles this type

3 = Moderate Match: patient has *prominent features* of this type

2 = Slight Match: patient has *minor features* of this type

1 = No Match: description does not apply



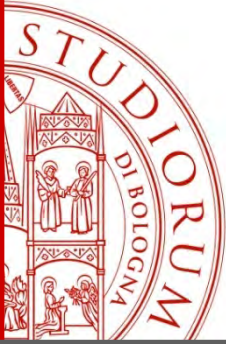
Descrizione clinica del “Borderline Type”

Gli individui che corrispondono a questo tipo di disturbo di personalità hanno un estremamente fragile concetto di sé che può facilmente frammentarsi o disintegrarsi sotto stress provocando una esperienza di confusione di identità o di sentimenti cronici di vuoto. Questa instabile struttura di sé causa difficoltà nel mantenere rapporti intimi stabili. La propria valutazione è spesso associata a emozioni di disgusto, rabbia e sconforto. Individui con questo disturbo esperiscono le emozioni in rapida evoluzione, in maniera intensa e imprevedibile. Possono diventare estremamente ansiosi o depressi; o ostili e aggressivi quando si sentono incompresi, maltrattati. Possono coinvolgersi (volontariamente o accidentalmente) in scontri, fisici o verbali. Le reazioni emotive sono in genere in risposta ad eventi interpersonali di abbandono o delusione.

Le loro relazioni sono basate sull'idea di aver bisogno degli altri per sopravvivere, di essere eccessivamente dipendenti, sulla paura di essere rifiutati o abbandonati. La dipendenza è causata dall'attaccamento insicuro di questi pazienti, che genera difficoltà a tollerare la solitudine, paura intensa di perdita, abbandono, o di rifiuto da altri significativi, urgente bisogno di contatto con gli altri quando stressati o in difficoltà, comportamenti di eccessiva passività o servilismo per paura di essere lasciati. Allo stesso tempo, relazioni intense e intime con l'altro provocano la paura di perdere la propria identità e indipendenza. Questo genera relazioni interpersonali altamente instabili che si alternano tra eccessiva dipendenza e fuga dal coinvolgimento. L'empatia per gli altri è gravemente compromessa.

L'instabilità emotiva e i comportamenti interpersonali possono essere associati con alterazioni cognitive. Ad esempio, le funzioni cognitive possono alterarsi in caso di stress interpersonale e portare alla visione rigida e dicotomica della realtà con modalità bianco o nero, tutto-o-niente, reazioni simil-psicotiche, stati transitori di paranoia e di dissociazione,

Questi individui sono tipicamente impulsivi, agiscono sotto l'impulso del momento, e spesso si coinvolgono in attività con conseguenze potenzialmente negative. Atti volontari di autolesionismo (ad esempio, tagli, bruciature), ideazione suicidaria, tentativi di suicidio sono frequenti e di solito si verificano in presenza di disagio emotivo intenso, in particolare quando termina un rapporto importante. Il disagio intenso può portare anche ad altri comportamenti a rischio, tra cui abuso di sostanze, guida spericolata, binge eating, o sesso promiscuo.



DSM-V: Domini e Sintomi nei DP

Negative
emotionality

Emotional lability, anxiousness, submissiveness, separation insecurity, pessimism, low self-esteem, guilt/ shame, self-harm, depressivity, suspiciousness

Antagonism

Callousness, manipulateness, narcissism, histrionism, hostility, aggression, oppositionality, deceitfulness

Disinhibition

Impulsivity, distractibility, recklessness, irresponsibility

Schizotypy

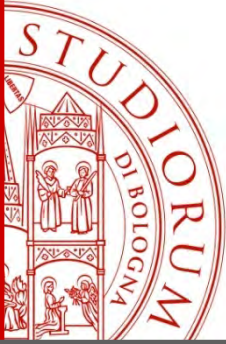
Unusual perceptions, unusual beliefs, eccentricity, cognitive dysregulation, dissociation proneness

Introversio:

Social withdrawal, social detachment, restricted affectivity, anhedonia, intimacy avoidance

Compulsivity

Perfectionism, perseveration, rigidity, orderliness, risk aversion



Domini e sintomi nel DBP

B. Trait ratings.

Indicare su una scala da **0-3** quanto i seguenti **domini**, associati a specifici sintomi, sono rappresentativi di quel paziente

0 = Very little or not at all descriptive

1 = Mildly descriptive

2 = Moderately descriptive

3 = Extremely descriptive

Negative emotionality

Antagonism

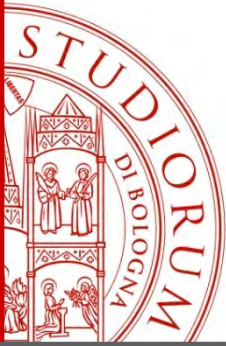
Disinhibition

Schizotypy

Depressivity
Self-harm
Separation insecurity
Anxiousness
Low self-esteem
Emotional Lability

Hostility
Aggression

Dissociation Proneness



Negative emotionality

1. Emotional Liability

Esperienze emotive instabili e cambiamenti di umore; provare emozioni intense e / o sproporzionate rispetto ai fatti e circostanze

2. Self-harm

Pensieri e comportamenti auto-lesivi (es. tagliarsi o bruciarsi intenzionalmente) e suicidio, tra cui ideazione suicidaria, minacce, gesti, e tentativi reali.

3. Separation insecurity

Paura del rifiuto e / o separazione da persone significative; disagio quando gli altri significativi non sono presenti o facilmente disponibili

4. Anxiousness

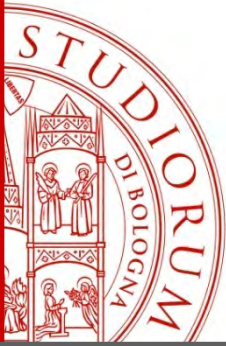
Sensazioni di nervosismo e tensione; preoccupazione eccessiva per eventi spiacevoli passati e per situazioni negative future; sensazione di terrore e minaccia in situazioni di incertezza

5. Low self-esteem

Avere una scarsa opinione delle proprie capacità, credere di essere inutile, antipatico, non competente; non sentirsi soddisfatti da se stessi.

6. Depressivity

Sentirsi infelici/ depressi / senza speranza; sensazioni di non "poter tornare indietro" da questi stati



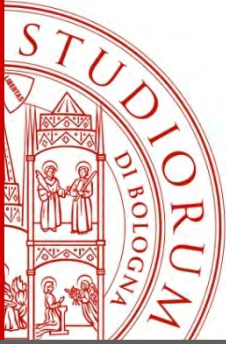
Antagonism

7. Hostility

Irritabilità, tendenza a reagire “bruscamente”; essere scortese, maleducato, burbero; rispondere con rabbia alle offese e agli insulti minori

8. Aggression

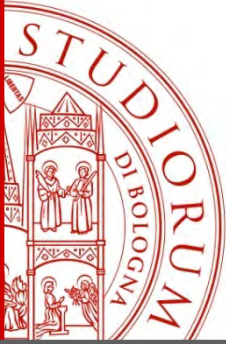
Essere crudele, o freddo; verbalmente o fisicamente aggressivo; tendenza ad umiliare gli altri, e ad essere coinvolto spontaneamente e volontariamente in atti di violenza contro persone e cose; tendenza ad utilizzare l'intimidazione per il controllo altri



Disinhibition

9. Impulsivity

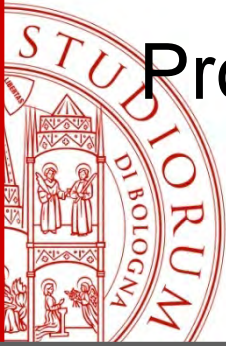
Tendenza ad agire sulla scia del momento in risposta a stimoli immediati, operanti su base temporanea, senza un piano o un esame dei risultati; difficoltà di pianificare/progettare un evento; incapacità di apprendere dall'esperienza



Schizotypy

10. Dissociation Proneness

Tendenza a sperimentare interruzioni nel flusso dell'esperienza cosciente, (ad esempio, essere a conoscenza di come si è giunti a quel punto); sensazioni di “estraneità o irrealtà” dell’ambiente circostante.



Procedura di Assessment specifico per il DBP (Università di Bologna e Pavia)

4 incontri

Utilizzo di interviste semi
strutturate e questionari self-
report

Restituzione

Contratto terapeutico

Journal of Contemporary Psychotherapy, Vol. 34, No. 3, Fall 2004 (© 2004)

Strategies for Securing Commitment to Treatment from Individuals Diagnosed with Borderline Personality Disorder

Denise D. Ben-Porath, Ph.D.

Individuals diagnosed with borderline personality disorder (BPD) are notoriously difficult to engage in treatment. The purpose of this paper is to highlight therapeutic strategies that are likely to facilitate early alliance in therapy with individuals diagnosed with BPD. The seven strategies include: collaborative assessment, the use of contracts, motivational interviewing, linking treatment targets to client goals, commitment strategies, validation, and the use of metaphors. Clinical vignettes are presented to elucidate the concepts described and demonstrate their use in clinical practice.

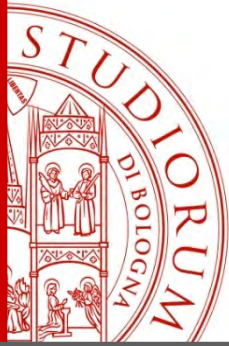
KEY WORDS: premature termination, borderline personality disorder, psychotherapy, engagement.

Premature termination is a ubiquitous challenge in psychotherapy, but it is particularly pronounced in treating individuals diagnosed with borderline personality disorder (BPD). For example, Skodal, Buckley, and Charles (1983) compared premature drop out rates for individuals diagnosed with BPD, other personality-disorders, and clients with schizophrenia treated in an outpatient clinic. Clients diagnosed with BPD had the highest dropout rate with 67% terminating treatment prematurely within the first three months. In comparison, only 38% of the clients with other personality-disorders, and only 14% of the clients diagnosed with schizophrenia dropped out of treatment within the same time period. Similarly, Gunderson, Frank, Remington et al. (1989) found that 60% of clients diagnosed with BPD terminated treatment prematurely within a six month period. One study has found premature termination rates somewhat lower, but sobering

Address correspondence to Denise D. Ben-Porath, Ph.D., Assistant Professor of Psychology at John Carroll University, 20700 North Park Blvd., University Heights, OH 44118; e-mail: dbenporath@jcu.edu.

247

0022-0110/04/0900-0247\$18.00/0 © 2004 Human Sciences Press, Inc.

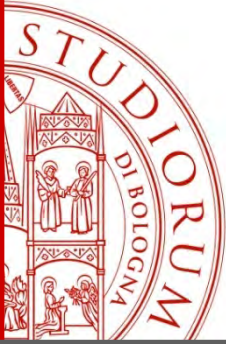


Finalità dell' Assessment per il DBP

La **testistica** permette la definizione di una diagnosi categoriale e dimensionale e quindi l'impostazione del trattamento mirato alla compromissione specifica

La **restituzione** permette una riflessione condivisa con il paziente sulla sintomatologia e l'assetto psicologico che la determina. Questo favorisce la consapevolezza sulla sintomatologia e incoraggia l'intellettualizzazione e la mentalizzazione (Gunderson, Fonagy)

Il **contratto** favorisce l'alleanza di lavoro sul un piano di intervento condiviso e favorirebbe la riduzione del drop-out precoce



STRUTTURA a STEP:

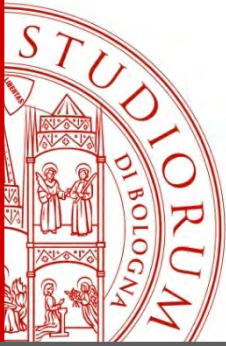
Visita psichiatrica
specialistica



ASSESSMENT



Trattamento mirato a compromissione
specifica



L'assessment: Primo incontro, 1 ora e 30 m

- Consenso informato
- **Structured Clinical Diagnostic Interview for DSM-IV – Axis II (SCID-II)**
- Strumento attualmente più utilizzato per la diagnosi di DP
- Permette la definizione della diagnosi categoriale del DBP con il raggiungimento della soglia cut-off di 5.

SCID-II (testistica)

MODULO DI REGISTRAZIONE DELLE DIAGNOSI

Qualità globale e completezza dell'informazione

1 = scarsa, 2 = discreta, 3 = buona, 4 = eccellente

Finalità dell'istruttoria (iniziale)

DISTURBO DI PERSONALITÀ

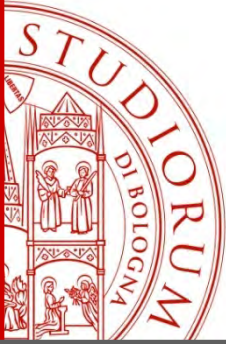
NUMERI CODIFICATI DSM

1 = 2000, 2 = 1987, 3 = 1952, 4 = 1952 (per la depressione)

Disturbo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
01. Paranoico (page. 4-4)									
02. Dipendente (page. 5-1)									
03. Ossessivo Compulsivo (page. 6-10)									
04. Passivo-Agressivo (page. 11-12)									
05. Depressivo (page. 13-14)									
06. Borderline (page. 15-16)									
07. Schizotipico (page. 17-20)									
08. Schizoide (page. 21-22)									
09. Istintivo (page. 23-24)									
10. Narcisistico (page. 25-26)									
11. Borderline (page. 27-28)									
12. Antisociale (page. 29-30)									
13. Non Afferenti specificato (SNAS) (page. 31)									

DIAGNOSI PRINCIPALI DI ASSI II (tra il Disturbo di Personalità che è il disturbo che è il centro principale dell'attenzione clinica)

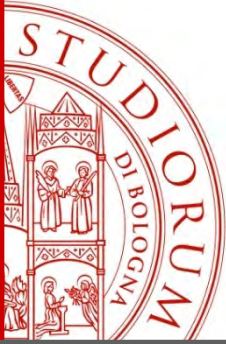
Indicare il numero di codice di disturbo della diagnosi sopra.
Nota: si sceglie 00 se non c'è disturbo dell'Asse II.



L'assessment:

Secondo incontro, 1 ora e 30 m

- The **Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)**: the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10.
- Intervista semi-strutturata per la definizione della diagnosi in asse I
- Utile per la valutazioni di eventuali condizioni comorbili con il DBP

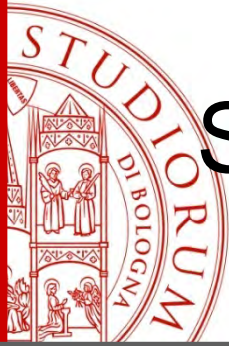


L'assessment:

Secondo incontro, 1 ora e 30 m

Questionari Self-report

- Self Harm Inventory (SHI)
- Barratt Impulsiveness Scale (BIS)
- Difficulties in Emotional Disregulation Scale (DERS)
- Dissociative experiences scale (DES)



Self Harm Inventory (Sansone 1995)

- Scala messa a punto per il DBP. E' stata effettuata una traduzione italiana dello strumento
- Misura l'autolesionismo = condotte rischiose con potenziali conseguenze dannose per il soggetto
- Un punteggio di 5 predice nell'84% una diagnosi di DBP

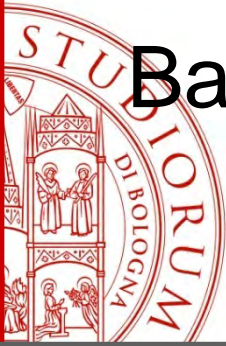
The Self-Harm Inventory

Instructions: Please answer the following questions by checking either, "Yes", or "No." Check "yes" *only* to those items that you have done intentionally, or *on purpose*, to hurt yourself.

Yes	No	Have you ever intentionally, or on purpose, ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Overdosed? (If yes, number of times____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Cut yourself on purpose? (If yes, number of times____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Burned yourself on purpose? (If yes, number of times____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Hit yourself? (If yes, number of times____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Banged your head on purpose? (If yes, number of times____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Abused alcohol?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Driven recklessly on purpose? (If yes, number of times____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Scratched yourself on purpose? (If yes, number of times____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Prevented wounds from healing?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Made medical situations worse, on purpose (e.g.,skipped medication)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Been promiscuous (i.e., had many sexual partners)? (If yes, how many?____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Set yourself up in a relationship to be rejected?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Abused prescription medication?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Distanced yourself from God as punishment?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Engaged in emotionally abusive relationships? (If yes, number of relationships?____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Engaged in sexually abusive relationships? (If yes, number of relationships?____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Lost a job on purpose? (If yes, number of times____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Attempted suicide? (If yes, number of times____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Exercised an injury on purpose?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Tortured yourself with self-defeating thoughts?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Starved yourself to hurt yourself?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Abused laxatives to hurt yourself? (If yes, number of times____)

Have you engaged in any other self-destructive behaviors not asked about in this inventory? If so, please describe below.

© 1995: Sansone, Sansone, & Wiederman



Barratt Impulsiveness Scale (Patton 1995)

- Misura l'impulsività secondo il modello tridimensionale di Barratt (1995)
- **Impulsività:**
 - **Cognitivo-attentiva:**
Deficit dell'attenzione e della concentrazione
 - **Comportamentale:**
Tendenza a agire impulsivamente sulla base di un rinforzo contingente senza la valutazione di potenziali conseguenze dannose/negative.
 - **Deficit Pianificazione:**
Incapacità di programmare un evento futuro.

Psychometric Properties of an Italian Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in Nonclinical Subjects

▼
Andrea Fossati
University of Urbino and "Vita Salute" San Raffaele University

▼
Antonella Di Ceglie and Elena Acquarini
University of Urbino

▼
Ernest S. Barratt
University of Texas Medical Branch at Galveston

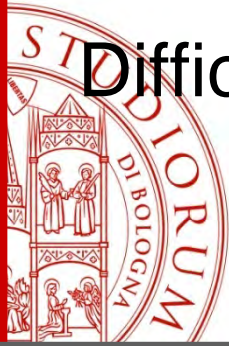
To assess the psychometric properties of the Italian translation of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11), the scale was administered to 763 college undergraduates. Based on analyses using item-total correlations and *r*-tests for differences between the top and the bottom total score quartiles, all items from the English version of the BIS-11 were retained in the Italian version. Cronbach's α for internal consistency was .79 and two-month test-retest reliability was .89. An exploratory principal-components analysis replicated the six first-order factors and three oblique second-order factors, consistent with the number identified in the English version; however, subscale item loadings differed between the English and Italian versions. The overall item pool was consistent in being a homogeneous measure of impulsiveness. The BIS-11 total score was correlated significantly with aggression and ADHD measures. The BIS-11 also significantly differentiated between high and low levels of binge eating, alcohol consumption, and cigarette smoking. © 2001 John Wiley & Sons, Inc. *J Clin Psychol* 57: 816-828, 2001.

Keywords: impulsiveness; personality; assessment; reliability; validity

The study was carried out at the University of Urbino, Urbino, Italy. The authors want to thank D. Donati, M.D., Ph.D., M. Donati, Ph.D., and G. Tagliapietra, Ph.D. for their assistance in translating the BIS-11. Correspondence concerning this article should be addressed to: Andrea Fossati, Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, Istituto Scientifico H San Raffaele-DSNP, v. Stamira D'Ancona, 20, 20127 Milano, Italy; e-mail: fossati.andrea@hsr.it

JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY, Vol. 57(8), 816-828 (2001)
© 2001 John Wiley & Sons, Inc.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz 2004)



- Scala costruita sulla teoria della Linehan (1993) che individua nella disregolazione emotiva il core del DBP
- **Disregolazione emotiva:**
 - la consapevolezza e la comprensione delle proprie emozioni;
 - accettazione delle proprie emozioni;
 - abilità di modulare/controllarne la manifestazione
 - la capacità di indirizzare il comportamento verso un obiettivo anche in presenza di uno stato emotivo negativo;

RICERCHE

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): traduzione e adattamento italiano

Cecilia Stighinolli^a, Andrea Norcini Paia^b, Luigi Rocco Chiri^c, Igor Marchetti^c e Claudio Sica^c

^a Istituto di Psichiatria «R. Ottolenghi» - Università di Bologna

^b Dipartimento di Psicologia - Università Milano Bicocca

^c Dipartimento di Psicologia - Università di Firenze

Riassunto

Il Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) è uno dei test più usati per la valutazione delle difficoltà nella regolazione emotiva per la popolazione adulta. La versione italiana è stata somministrata a 390 persone e un sottogruppo (N = 84) ha compilato inoltre una batteria di test paralleli. I risultati di un'analisi fattoriale confermativa non hanno confermato la struttura originale, mentre un'analisi fattoriale esplorativa ha indicato sei diverse dimensioni. Lo strumento presenta buone proprietà psicometriche. Il punteggio totale correla positivamente con l'affettività negativa e negativamente con quella positiva. L'ansia di tratto è risultata associata al punteggio totale del DERS e alla scala Difficoltà nella distrazione, mentre la depressione correla con il totale e con le scale relative alla difficoltà di controllo degli impulsi e di accesso alle strategie di regolazione emotiva. In conclusione, il test può essere considerato uno strumento utile per misurare le strategie di regolazione emotiva anche nel contesto italiano.

Parole chiave: regolazione emotiva, questionario, adulti.

Summary

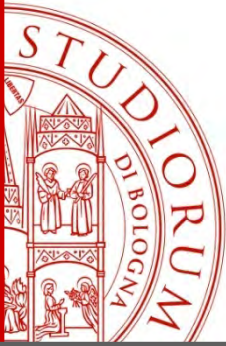
Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): The Italian translation and adaptation

The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) is one of the tests used most frequently to assess the difficulties in emotion regulation in the adult population. The Italian version of the DERS was applied to 390 adults, and in addition, a subgroup (84 adults) completed a series of parallel tests. The results of a confirmatory factor analysis did not confirm the original structure, while an exploratory factor analysis indicated six different dimensions of emotion regulation. The tool has good psychometric properties. The total score correlates positively with negative emotion and negatively with positive emotion. Trait anxiety was found to be associated with the DERS total score and with the scale of Distraction difficulties, while depression correlates with the total and with the scales relating to the difficulty in controlling impulses and accessing the emotion regulation strategies. In conclusion,

ESERCIZI ENECSEM - TRIESTE

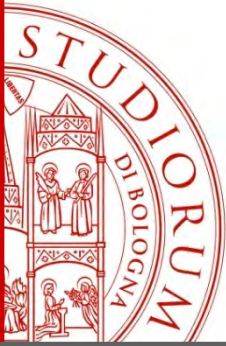
PSICOLOGIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE - VOF 05 - 01 - 2019/20 - 141/171

141



Dissociative Experiences Scale (DES)

- Valuta i fenomeni dissociativi :
 - Alterazione dello schema corporeo e della percezione (Depersonalizzazione, Derealizzazione)
 - Deficit mnesici (Dubbi su veridicità di ricordi, Amnesia lacunare)
 - Stati dell'io dissociati (personalità alternanti di cui il soggetto è relativamente/o per nulla consapevole)
 - Stati "ipnoidi" (Assorbimento abnorme dell'attenzione (trance))
- Un punteggio >30 indica una sintomatologia dissociativa grave, probabilmente in comorbilità con un DD



L'assessment: Terzo incontro, 1 ora

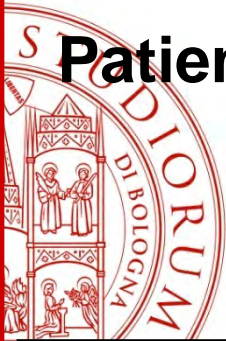
Zanarini Rating scale for Borderline Personality Disorder ZAN-BPD (2003)

- Permette di evidenziare la presenza di una compromissione selettiva per ciascuna delle aree del DBP
- Consente di quantificare la compromissione per ciascuna area
- Consente di quantificare la gravità del disturbo
- La versione italiana dello strumento è disponibile. La sua validazione è in corso di pubblicazione.

Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD) Italian Version

SOMMARIO DEL PUNTEGGIO

1. PUNTEGGIO TOTALE ALLA ZAN-BPD (0-36):
(aggiungere tutti i punteggi dei nove criteri)
2. PUNTEGGIO TOTALE DEL DISTURBO DELL'AFFETTIVITA' (0-12):
(aggiungere i punteggi su rabbia, instabilità emotiva e senso di vuoto)
3. PUNTEGGIO TOTALE DEL DISTURBO COGNITIVO (0-8)
(aggiungere i punteggi su disturbo dell'identità e sfiducia/sospettosità/dissociazione)
4. PUNTEGGIO TOTALE SULL'IMPULSIVITA' (0-8):
(aggiungere i punteggi su auto-mutilazioni/comportamenti suicidari e altre forme di impulsività)
5. PUNTEGGIO TOTALE DELLE RELAZIONI DISTURBATE (0-8):
(aggiungere i punteggi relativi agli sforzi di evitare abbandoni e alle relazioni instabili)



Patient's Assessment Evaluation Questionnaire (PAEQ)

(Martino F., Pozzi E., Chiesa M., Menchetti M., Berardi D.)

ISTRUZIONI:

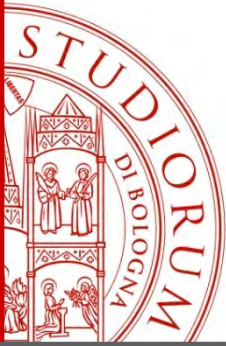
Le domande che le poniamo sono volte ad indagare la sua opinione circa **l'accoglienza che ha ricevuto presso la nostra struttura**. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Risponda a **TUTTE** le domande. Scelga la sua risposta tra le seguenti

• **1 PER NULLA** • **2 UN POCO** • **3 ABBASTANZA** • **4 MOLTO** • **5 MOLTISSIMO**

1. Quanto è motivato ad intraprendere un percorso di cura per migliorare il suo malessere ?
2. Quanto ritiene importante cambiare le sue attuali condizioni?
3. I colloqui che ha fatto con l'equipe e il materiale utilizzato per approfondire la sua condizione sono Stati a suo giudizio adeguati e utili?
4. Avrebbe preferito un comportamento diverso dei clinici nei suoi confronti?
5. Quanto è stato difficile per lei raccontarci la sua storia e la sua sofferenza?
6. Eventi di vita personali le impediscono di iniziare il trattamento? Se si, specificare l'evento
7. Ci sono problematiche personali che potrebbero rendere difficile una Frequenza regolare al trattamento?
8. Se si, specificare quali ...
8. Si è sentito compreso ed aiutato dai professionisti che l'hanno accolta qui?
9. Nel contatto con la struttura e con il personale ha percepito difficoltà o stress?
10. Le è stato proposto un percorso di cura, lo ritiene adeguato alla sua attuale condizione?

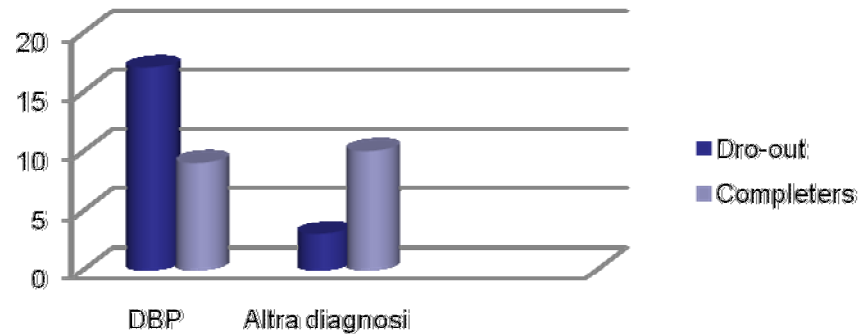
La scala misura la “**Dimensione relazionale- soggettiva**” e viene utilizzata alla fine dell'assessment per valutare la risposta del paziente alla fase di assessment e la sua predisposizione alla fase successiva (trattamento)

Gli elementi che costituiscono la dimensione relazionale-soggettiva sono: **1) MOTIVAZIONE AL TRATTAMENTO; 2) RELAZIONE CON IL CLINICO; 3) ASPETTATIVE SUL TRATTAMENTO 4) OSTACOLI ESTERNI 5) STRESS PERCEPITO**



PAEQ e Drop-out

CSM Ovest Bologna Prof. Berardi
Coordinatore Dr. Pozzi

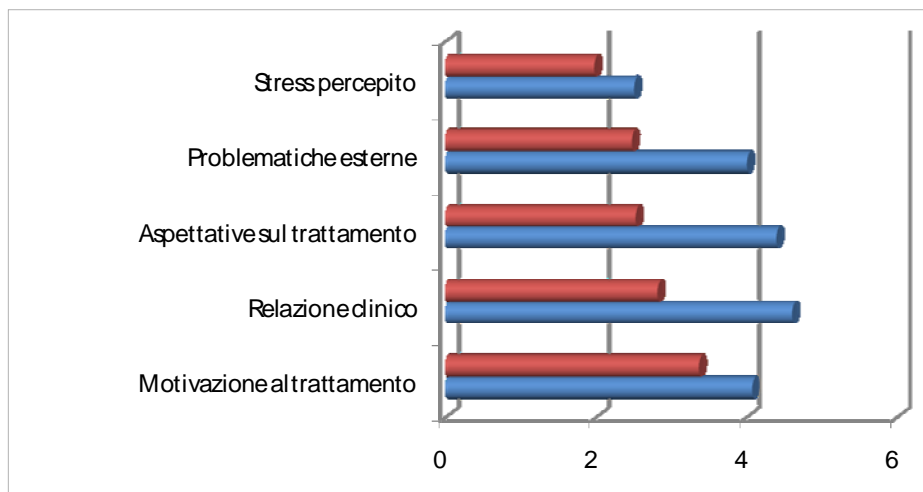


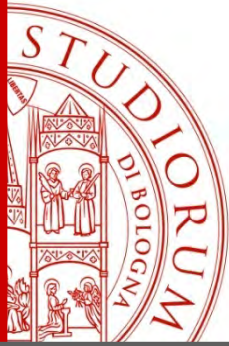
- Buona coerenza interna Alfa Chronbach 0.82
- 51% abbandonano il trattamento “Drop-out”
- 36% abbandonano entro i primi 2 mesi “Drop-out precoce”

Drop-outs riferivano :

- Minore motivazione al trattamento ($p < 0.02$)
- Insoddisfacente Relazione con il clinico ($p < 0.001$)
- Aspettative irrealistiche sul trattamento ($p < 0.001$)
- Maggiori Problematice esterne (es. famiglie) ($p < 0.001$)
- Non lamentavano eccessivo carico (stress) dovuto alla fase di assessment ($t = 1.4$; $p < 0.17$)

Martino F., Menchetti M., Pozzi E., Berardi D. (2010).
Predictors of drop-out in a specialist programme for Personality disorders. *Psychiatry and clinical neuroscience* (under review)

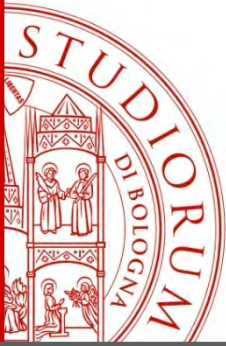




Quarto incontro: 1 ora

1. Restituzione

- Vengono restituiti al paziente i risultati emersi dalla valutazione
- Si discute insieme al pz sulle problematiche emerse per favorire una consapevolezza e una capacità meta-cognitiva, quindi di riflessione sulle proprie azioni.
- Si valuta insieme al paziente la motivazione al trattamento ed eventuali resistenze



Quarto incontro: 1 ora

2. Contratto terapeutico

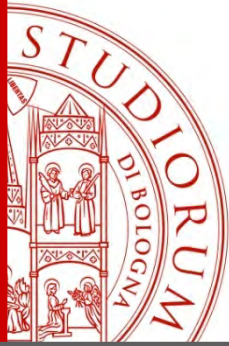
“Alleanza Contrattuale”

si riferisce all'accordo tra paziente e terapeuta circa gli obiettivi del trattamento e i rispettivi ruoli nel loro raggiungimento.

Il terapeuta e il paziente si impegnano nel rispetto del “frame”: orari, incontri, setting.

Pone le basi per una alleanza di lavoro, necessaria per una buona aderenza al trattamento e per la riduzione del Drop-out precoce

J.Gunderson 2010



Henry Layton

*Tu che passi qui vicino, ascolta:
mio padre era una persona mite,
mia madre invece era violenta,
mentre io nacqui composto da due parti
così contrastanti,
non mescolate e fuse tra loro.
ma ognuna distinta, appena appena saldata insieme.
Alcuni di voi mi reputarono un uomo mite,
altri un violento,
altri mi ritennero violento e mite a un tempo.
Ma nessuna delle due metà mi portò alla rovina.
Fu la frammentazione interiore,
con due metà separate, mai connesse l'una all'altra,
a far di me un'anima senza vita.*

L'**Antologia di Spoon River** (Spoon River Anthology) è una raccolta di poesie che il poeta americano Edgar Lee Master pubblicò tra il 1914 e il 1915 sul "Mirror" di St. Louis. Ogni poesia racconta, in forma di epitaffio, la vita di una delle persone sepolte nel cimitero di un piccolo paesino della provincia americana.