

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità

versione con le strategie di ricerca



Servizio salute Mentale  
Dipendenze Patologiche  
Salute nelle Carceri



IL DIRETTORE GENERALE ALLA SANITÀ E  
ALLE POLITICHE SOCIALI  
**TIZIANO CARRADORI**

TIPO ANNO NUMERO  
REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA  
**PG.2013. 0130761**  
del 29/05/2013  
00000384-SERV. SALUTE MENTALE, DIP. PATOLOGICHE, SALUTE



Alla c.a.  
Direttori Generali  
Direttori Sanitari  
Direttori DSM-DP

Aziende Usi

Regione Emilia-Romagna

## CIRCOLARE N. 7

**Oggetto:** Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna, con deliberazione di Giunta n. 313 del 23 marzo 2009, ha approvato il Piano Attuativo Salute Mentale 2009 – 2011. Il suddetto Piano ha individuato i Disturbi di Personalità tra i bisogni emergenti prioritari e ha indicato la necessità di ridefinire l'accessibilità e il trattamento di queste condizioni nell'ambito del rinnovato approccio di Salute Mentale complessivamente proposto.

La problematica del crescente accesso di persone con Disturbi di Personalità, e delle specificità del loro trattamento, è stata recepita nell'ambito del coordinamento delle Direzioni dei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Emilia-Romagna del 9 settembre 2011.

Successivamente, con determinazione del Direttore Generale n. 3489 del 20 marzo 2012, sono stati costituiti un Comitato Scientifico e un Gruppo Organizzativo, con l'obiettivo di declinare le Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna. Per i due tavoli di lavoro, entrambi coordinati dall'Azienda USL di Cesena, sono state individuate le specifiche funzioni:

Viale Aldo Moro 21  
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162  
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it  
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

- per il comitato scientifico, traslare ed adattare le raccomandazioni delle Linee Guida internazionali al contesto regionale;
- per il gruppo organizzativo, contribuire all'analisi di adattabilità ai diversi contesti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Regione Emilia-Romagna.

Il documento prodotto, denominato “Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia-Romagna”, che sarà presentato il giorno 11 giugno 2013 in occasione del convegno che si terrà presso la sede regionale Terza Torre, è l'esito del lavoro coordinato dei comitati.

Si invia il documento affinché le raccomandazioni contenute siano rese operative in ambito aziendale.

Cordiali saluti



Tiziano Carradori

**LINEE DI INDIRIZZO  
PER IL TRATTAMENTO  
DEI DISTURBI GRAVI  
DI PERSONALITÀ**

<b>1</b>	<b>I DISTURBI GRAVI DI PERSONALITA' .....</b>	<b>7</b>
1.1	INTRODUZIONE.....	7
1.1.1	<i>Definizione dei Disturbi Gravi di Personalità.....</i>	7
1.1.2	<i>I Gravi Disturbi di Personalità come problema di salute pubblica.....</i>	8
1.1.3	<i>La Regione Emilia-Romagna.....</i>	9
<b>2</b>	<b>MIGLIORARE IL TRATTAMENTO DELLE PERSONE CON DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ 11</b>	
2.1	IL PROGETTO DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA.....	11
2.2	GLI 8 QUESITI INDIVIDUATI DAL COMITATO SCIENTIFICO DGP.....	14
2.3	LE LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEI DP.....	14
2.3.1	<i>Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. (APA 2011).....</i>	15
2.3.2	<i>La Cochrane.....</i>	15
2.3.3	<i>Borderline personality disorder: treatment and management- NICE clinical guideline 78, (2009). .....</i>	16
2.3.4	<i>Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad GPC, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) (2011).....</i>	17
2.4	APPLICAZIONE DEL METODO AGREE II PER LA SELEZIONE DELLA LINEA GUIDA DI RIFERIMENTO.....	17
2.4.1	<i>Descrizione di AGREE II.....</i>	17
2.4.2	<i>LG per la gestione ed il trattamento del disturbo borderline di personalità, valutate con il metodo AGREE II.....</i>	18
2.4.3	<i>Risultati.....</i>	18
2.4.4	<i>Dimensione 1: Obiettivi ed ambiti di applicazione.....</i>	20
2.4.5	<i>Dimensione 2: Coinvolgimento dei soggetti portatori di interesse.....</i>	20
2.4.6	<i>Dimensione 3: Rigore metodologico.....</i>	21
2.4.7	<i>Dimensione 4: Chiarezza espositiva.....</i>	23
2.4.8	<i>Dimensione 5: Applicabilità.....</i>	24
2.4.9	<i>Dimensione 6: Indipendenza editoriale.....</i>	24
2.4.10	<i>Conclusioni AGREE II.....</i>	25
<b>3</b>	<b>QUALE È LA CONFIGURAZIONE GENERALE DEI SERVIZI PIÙ FUNZIONALE AI FABBISOGNI DI FLESSIBILITÀ E DI CONTINUITÀ DEL TRATTAMENTO DEL DGP? .....</b>	<b>27</b>
3.1	INTRODUZIONE.....	27
3.2	LA LINEA GUIDA NICE (CAPITOLO 8).....	28
3.2.1	<i>Il ruolo dei servizi specialistici.....</i>	29
3.2.2	<i>Il percorso di Cura.....</i>	29
3.2.3	<i>Principi di carattere generale che devono essere considerati nel rapporto di cura dei DBP.....</i>	30
3.3	ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 1 DEL CS. 31	
3.3.1	<i>Quesito 1.....</i>	31
3.4	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE RELATIVE AL QUESITO 1 DEL CS.....	32
3.4.1	<i>Principi Trasversali.....</i>	32
	<i>Accesso ai Servizi.....</i>	33
	<i>Autonomia e Scelta.....</i>	33
	<i>Sviluppare una relazione fondata su ottimismo e fiducia.....</i>	33
	<i>Coinvolgere i familiari.....</i>	35
	<i>Gestire le conclusioni e accompagnare le transizioni.....</i>	35
4.1.1	<i>Primary Care.....</i>	36
	<i>Dimissione verso i Servizi di Medicina Generale.....</i>	36
4.1.2	<i>Valutazione diagnostica e trattamento da parte dei servizi di salute mentale.....</i>	36
4.1.3	<i>Organizzazione e Pianificazione dei Servizi: Il ruolo dei Servizi Specialistici per i Disturbi di Personalità in seno ai Trust.....</i>	38
4.2	ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE SUCCESSIVA ALL' AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012).....	39

4.2.1	Sansone RA, Farukhi S, Wiederman MW. Utilization of primary care physicians in borderline personality disorder. <i>Gen. Hosp Psychiatry</i> 2011;33:343-6. ....	39
4.2.2	Coid J, Yang M, Bebbington P, Moran P, Brugha T, Jenkins R et al. Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. <i>Psychol. Med</i> 2009;39:1721-31. ....	39
4.2.3	Goodman M, Patil U, Steffel L, Avedon J, Sasso S, Triebwasser J et al. Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. <i>J Psychiatr. Pract.</i> 2010;16:155-63. ....	40
4.2.4	Koekkoek B, van Meijel B, Schene A, Hutschemaekers G. Clinical problems in community mental health care for patients with severe borderline personality disorder. <i>Community Mental Health Journal</i> 2009;45:508-16. ....	40
4.2.5	Soeteman DI, Verheul R, Delimon J, Meerman AMMA, Van Den EE, Rossum BV et al. Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster B personality disorders. <i>British Journal of Psychiatry</i> 2010;196:396-403. ....	41
4.2.6	Pasieczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. <i>Behav. Res Ther.</i> 2011;49:4-10. ....	41
4.2.7	Chanan AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. <i>J Psychiatr. Pract.</i> 2009;15:163-72. ....	42
4.2.8	Andrew M. Chanan, Henry J. Jackson, Louise K. McCutcheon, Martina Jovev, Paul Dudgeon, Hok Pan Yuen, Dominic Germano, Helen Nistico, Emma McDougall, Caroline Weinstein, Verity Clarkson and Patrick D. Gorry Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. (2009) <i>Aust N Z J Psychiatry</i> ; 43(5):397-408. ....	42
4.2.9	Hermens ML, van Splunteren PT, van Den BA, Verheul R. Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. <i>Psychiatr. Serv.</i> 2011;62:1381-3. ....	42
4.2.10	Burroughs T., Somerville J. Utilization of Evidenced Based Dialectical Behavioral Therapy in Assertive Community Treatment: Examining Feasibility and Challenges. <i>Community Mental Health Journal</i> 2012. ....	43
4.3	ANALISI DELLA LETTERATURA ITALIANA E INTERNAZIONALE NARRATIVA. ....	43
4.4	TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI. ....	44
4.5	ANALISI DEI FATTORI LOCALI OSTACOLANO O FAVORISCONO L'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DELLA LG (PIANI PER L'ACCESSO DEI DSM – DP – RER) ....	45
4.6	RACCOMANDAZIONI SULLA BASE DELLA LETTERATURA EB E / O METODOLOGIA DI CONSENSO ....	46
4.6.1	Principi Trasversali ....	46
4.6.1.1	Approccio relazionale teso all'empowerment della motivazione al trattamento. ....	46
4.6.1.2	Autonomia e Scelta ....	46
4.6.1.3	Sviluppare una relazione fondata su ottimismo e fiducia. ....	47
4.6.1.4	La sussidiarietà tra i diversi livelli di intensità di cura e il trattamento per fasi (stepped care). ....	47
4.6.1.5	Accesso ai Servizi ....	48
4.6.1.6	Funzione esperta Dipartimentale ....	49
4.6.1.7	Coinvolgere i familiari ....	50
<b>5</b>	<b>QUAL È L'IMPORTANZA DELL'INTEGRAZIONE FUNZIONALE TRA I SERVIZI DI PSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E SERVIZI DI PSICHIATRIA DELL'ADULTO (COMPRESSE LE DIPENDENZE PATOLOGICHE) PER L'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO GRAVE DI PERSONALITÀ?</b> .....	<b>51</b>
5.1	INTRODUZIONE .....	51
5.1.1	Integrazione funzionale fra Servizi: passaggio servizi infantili/adulti, necessità del progetto di cura. ....	52
5.2	ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 2 DEL CS. ....	52
5.2.1	Quesito 2 .....	52
5.3	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE RELATIVE AL QUESITO 2 DEL CS. ....	53
5.3.1	Il Passaggio ai Servizi per Adulti. ....	53
5.4	ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE (SUCCESSIVA ALL'AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012)). ....	55
5.4.1	Altre Linee Guida. ....	56
5.4.2	Articoli. ....	57
5.5	ANALISI DELLA LETTERATURA NARRATIVA ITALIANA ED INTERNAZIONALE. ....	59
5.5.1	Bleiberg, Cap 10 "trattamento residenziale e continuità dei servizi" .....	59
5.5.2	"Trattato dei disturbi di personalità" (Oldham J.M., 2008) cap.23. ....	60
5.5.3	Bleiberg: Bleiberg E. (2004). ....	60
5.6	TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI .....	61

5.7	ANALISI DEI FATTORI LOCALI OSTACOLANO O FAVORISCONO L'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DELLA LG (PIANI PER L'ACCESSO DEI DSM – DP – RER).....	62
5.8	RACCOMANDAZIONI SULLA BASE LETTERATURA E/O METODOLOGIA DI CONSENSO .....	63
5.8.1	Accesso ai servizi.....	63
5.8.2	Affrontare la conclusione del trattamento e supportare le transizioni .....	64
5.8.3	I servizi ospedalieri.....	65
5.8.4	Coinvolgimento dei famigliari .....	65
<b>6</b>	<b>QUALI SONO LE CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO TERAPEUTICO DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE CON I PAZIENTI CON DIAGNOSI DI DGP IN FUNZIONE DELLA CONFIGURAZIONE DEI SERVIZI?.....</b>	<b>66</b>
6.1	INTRODUZIONE .....	66
6.2	IL CONTRATTO TERAPEUTICO PER I DGP NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	66
6.3	IL CONTRATTO TERAPEUTICO POSSIBILE NELLA CORNICE NORMATIVA CHE REGOLA L'ATTIVITÀ DELLA SALUTE MENTALE ADULTI E DEI SER.T.....	67
6.3.1	<i>Caratteristiche legate alla conformazione dei Servizi per le Dipendenze Patologiche.....</i>	<i>67</i>
	<i>Per concludere, si sintetizzano le differenze tra Ser. T, Psichiatria Adulti nel trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità che si riflettono nella definizione del contratto terapeutico:.....</i>	<i>69</i>
1.	<i>Le differenze specifiche sono legate alle caratteristiche dell'utenza, ma anche alle sostanziali differenze organizzative e di cultura professionale;.....</i>	<i>69</i>
2.	<i>Spesso il tema dell'integrazione con la Psichiatria Adulti è affidato al costrutto della Doppia Diagnosi interpretato in senso prevalentemente operativo.....</i>	<i>69</i>
6.3.2	Vincoli legati alla strutturazione dei Servizi di Salute Mentale.....	69
6.3.3	Quadro normativo di riferimento.....	70
	<i>Legge n. 180 del 1978 (ripresa nella legge di Riforma Sanitaria n. 833 del 1978).....</i>	<i>70</i>
6.4	ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 3 DEL CS. 72	
6.4.1	Quesito 3.....	72
6.5	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE RELATIVE AL QUESITO 3 DEL CS. ....	73
6.6	ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE (SUCCESSIVA ALL'AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012).....	76
6.6.1	<i>Ben Porath DD (2004) Strategies for securing commitment to treatment from individuals diagnosed with borderline personality disorder. J.Contemp. Psychother.; 34: 247-263.....</i>	<i>76</i>
6.6.2	<i>Wong M.T. (2005) Low hospital inpatient readmission rate in patients with borderline personality disorder: a naturalistic study at Southern Health, Victoria, Australia. Aust. N.Z.J. Psychiatry; 39: 607-611.....</i>	<i>76</i>
6.7	TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI .....	77
6.8	ANALISI DEI FATTORI LOCALI CHE OSTACOLANO O FAVORISCONO L'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DELLA LG (PIANI PER L'ACCESSO DEI DSM – DP – RER) .....	77
6.9	RACCOMANDAZIONI SULLA BASE LETTERATURA E/O METODOLOGIA DI CONSENSO .....	77
<b>7</b>	<b>QUALI SONO GLI INTERVENTI PIÙ EFFICACI PER GESTIRE LE CRISI PSICOPATOLOGICHE E COMPORTAMENTALI ACUTE IN CORSO DI TRATTAMENTO DEL DISTURBO GRAVE DI PERSONALITÀ NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE? .....</b>	<b>80</b>
7.1	INTRODUZIONE .....	80
7.2	ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 4 DEL CS. 80	
7.2.1	Quesito 4.....	80
7.3	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE RELATIVE AL QUESITO 4 DEL CS. ....	81
7.3.1	<i>La gestione della crisi.....</i>	<i>81</i>
7.3.2	<i>Principi e trattamento generale della crisi.....</i>	<i>81</i>
7.3.3	<i>Il trattamento farmacologico durante una crisi.....</i>	<i>81</i>
7.3.4	<i>Follow-up dopo la crisi.....</i>	<i>82</i>
7.3.5	<i>Trattamento dei comportamenti auto-lesivi e dei tentativi di suicidio.....</i>	<i>83</i>
7.3.6	<i>Servizi ospedalieri.....</i>	<i>84</i>
7.4	ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE SUCCESSIVA ALL'AGGIORNAMENTO DELLE LG (2011-2012).....	84

7.4.1	Berrino A., Ohlendorf P., Durlieux S., Burnand Y., Lorillard S., Andreoli A. (2011) Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. <i>Psychiatry Res.</i> ; 186:287-92.....	85
7.4.2	Borschmann R., Henderson C., Hogg Joanna, Philips R., Moran P. (2012) Crisis interventions for people with borderline personality disorder. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews, Issues 6</i> .....	85
7.4.3	Goodman M, Roiff T, Oakes AH, Paris J (2011) Suicidal risk and management in borderline personality disorder. <i>Curr. Psychiatry Rep</i> , 1-7.....	86
7.4.4	Haq S.U., Subramanyam D., Agius M. (2010) Assessment of self harm in an accident and emergency service- the development of a proforma to assess suicide intent and mental state in those presenting to the emergency department with self harm. <i>Psychiatr. Danub.</i> ; 22 Suppl 1: S26-S32.....	86
7.4.5	Nadort M., Arntz A., Smith J.H., Giesen-Bloo J., Eikelenboom M., Spinhoven P. et al. (2009) Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorders with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. <i>Behav. Res Ther.</i> , 47: 961-73.....	87
7.4.6	Poynter B.A., Hunter J.J., Coverdale J.H., Kempinsky C.A. (2011) Hard to swallow: A systematic review of deliberate foreign body ingestion. <i>Gen. Hosp. Psychiatry</i> ; 33: 518-24.....	88
7.4.7	Steinert T., Tschoke S., Uhlmann C. (2010) Management of deliberate self-harm, suicidal tendency, and manipulative suicidal tendency during in-patient treatment of patients with borderline personality disorder. <i>Nervenheilkunde</i> ;29:565-70.....	88
7.4.8	Vaiva G., Jardon V., Vaillant A., Ducrocq F. (2011) What can we do to prevent the suicide re-attempts? <i>Rev.Prat.</i> ;61:202-7.....	89
7.4.9	Van Staveren R.(2011) Patient-centered communication during a borderline crisis. <i>Huisarts Wet.</i> ; 54:441-3.....	89
7.4.10	Brakoulias V., Mandali R., Seymour J., Sammut P., Starcevic V. (2010) Characteristics of admissions to a recently opened Psychiatric Emergency Care Centre. <i>Australasian Psychiatry</i> ; 18:326-9.....	89
7.4.11	Lorillard S., Schmitt L., Andreoli A. (2011) How to treat suicide attempt? Part 2: A review of treatments and their efficiency among borderline personality disorder patients. <i>Ann.Med.-Psychol.</i> ; 169:229-36. 90	
7.4.12	Sentissi O., Bartolomei J., Baeriswyl-Cottin R., Neu D., Rey-Bellet P. (2011) Crisis intervention: A retrospective study of 493 patients. <i>Eur.Neuropsychopharmacol.</i> 21:S617-S618. ....	90
7.5	TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI.....	91
7.6	ANALISI DEI FATTORI LOCALI OSTACOLANO O FAVORISCONO L'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DELLA LG (PIANI PER L'ACCESSO DEI DSM – DP – RER) .....	92
7.7	RACCOMANDAZIONI SULLA BASE LETTERATURA E/O METODOLOGIA DI CONSENSO .....	93
7.7.1	Principi del trattamento delle crisi .....	93
7.7.2	Il Trattamento farmacologico della crisi .....	93
7.7.3	Follow up della Crisi .....	94
7.7.4	Ricovero in Ospedale (SPDC – SPOI).....	95
<b>8</b>	<b>QUALI SONO GLI STRUMENTI DIAGNOSTICI DISPONIBILI NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE PER ASSICURARE LA SPECIFICITÀ E L'ATTENDIBILITÀ DELLE DIAGNOSI DI DBP?.....</b>	<b>96</b>
8.1	INTRODUZIONE.....	96
8.2	ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 5 DEL CS .....	97
8.2.1	Quesito 5.....	97
8.3	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 5 DEL CS .....	98
8.4	ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE SUCCESSIVA ALL'AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012) 98	
8.5	ANALISI DELLA LETTERATURA NARRATIVA ITALIANA E INTERNAZIONALE .....	99
8.6	ANALISI DEI FATTORI LOCALI OSTACOLANO O FAVORISCONO L'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DELLA LG (PIANI PER L'ACCESSO DEI DSM – DP – RER) .....	99
8.7	RACCOMANDAZIONI SULLA BASE DELLA LETTERATURA E / O METODOLOGIA DI CONSENSO .....	99
<b>9</b>	<b>QUALI SONO LE TERAPIE FARMACOLOGICHE EFFICACI NEL TRATTAMENTO DEL DBP OFFERTO DAI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE ? .....</b>	<b>102</b>
9.1	INTRODUZIONE.....	102
9.2	ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 6 DEL CS.....	102
9.3	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 6 DEL CS.....	104

9.4	ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE SUCCESSIVA ALL' AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012)	104
9.5	ANALISI DELLA LETTERATURA ITALIANA E INTERNAZIONALE NARRATIVA. ....	105
9.6	TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI.....	105
9.7	RACCOMANDAZIONI SULLA BASE DELLA LETTERATURA E / O METODOLOGIA DI CONSENSO .....	105
<b>10</b>	<b>QUALI SONO GLI INTERVENTI DI CARATTERE PSICOTERAPEUTICO DISPONIBILI NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE DI DOCUMENTATA EFFICACIA? A QUALI OBIETTIVI TERAPEUTICI INTERMEDI CORRISPONDONO? .....</b>	<b>107</b>
10.1	INTRODUZIONE .....	107
10.2	ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 7 DEL CS.....	109
10.2.1	<i>Quesito 7</i> .....	109
10.3	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 7.....	110
10.4	ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE SUCCESSIVA ALL' AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012).....	111
10.5	TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI.....	111
10.6	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE .....	116
<b>11</b>	<b>QUALI SONO LE AZIONI E GLI INTERVENTI CHE POSSONO FAVORIRE LO SVILUPPO DELLE ATTITUDINI TERAPEUTICHE DI EQUIPE NEI CONFRONTI DEI DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ? .....</b>	<b>119</b>
11.1	INTRODUZIONE .....	119
11.2	ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 8 DEL CS. ....	119
11.2.1	<i>Quesito 8</i> .....	119
11.3	RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE RELATIVE AL QUESITO 8 DEL CS.....	120
11.4	ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE (SUCCESSIVA ALL' AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012).....	122
11.4.1	<i>Woollaston, K., Hixenbaugh, P. (2008) Destructive Whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. J. Psychiatr Ment Health Nurs.;15(9):703-9. ....</i>	122
11.4.2	<i>Cleary, M., Siegfried, N., Walter, G. (2002) Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. International Journal of Mental Health Nursing; 11: 186-191. ....</i>	123
11.4.3	<i>Commons Treloar, A., J., Lewis, A., J. (2008) Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 42:578-58. ....</i>	123
11.4.4	<i>Commons Treloar, A., J., Lewis, A., J. (2008) Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial Australian and New Zealand Journal of Psychiatry ; 42:981-988 .....</i>	124
11.4.5	<i>Bourke, M. E., Grenyer, B. (2010) Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. Psychotherapy Research; Volume 20, Issue 6: 680-691. ....</i>	124
11.4.6	<i>Bodnera, E., Cohen-Fridela, S., Iancuc I. (2011) Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. Comprehensive Psychiatry; 52: 548-555. ....</i>	124
11.5	ANALISI DELLA LETTERATURA ITALIANA NARRATIVA.....	125
11.6	TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI.....	127
11.7	RACCOMANDAZIONI SULLA BASE DELLA LETTERATURA EB E / O METODOLOGIA DI CONSENSO .....	128
<b>12</b>	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>130</b>

## PREFAZIONE

### 1 I DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ

#### 1.1 INTRODUZIONE.

L'area dei Disturbi di Personalità (DP), in passato molto discussa e controversa, ha assunto negli anni recenti una crescente importanza a causa di diversi fattori. Primo fra tutti la pressione epidemiologica, caratterizzata dall'incremento dell'espressione comportamentale dei disturbi mentali, fenomeno che si collega ai cambiamenti sociali e culturali che hanno investito la struttura della società. Al riconoscimento dei disturbi di Personalità, come specifico problema di salute, hanno contribuito le conoscenze di tipo clinico e scientifico acquisite dalla psicopatologia. In primo luogo la sistematizzazione nosografica categoriale (DSM ; ICD10), benché gravata da bias di specificità e di affidabilità, ha di fatto aperto alla possibilità di studi clinici approfonditi sull'evoluzione prognostica, sui fattori di cambiamento, anche di tipo terapeutico, e di valutazione dell'efficacia delle terapie. Gli studi sul destino a lungo termine dei DP (Skodol, A.E., 2005; Zanarini, M.C., 2003; Stone, M.H., 1993; Grilo, C., 2008 ), smentendo il presupposto della immutabilità della struttura della personalità, hanno anche consentito una chiara separazione dai disturbi dello spettro schizofrenico e dai disturbi dell'umore. Infine, l'evoluzione delle psicoterapie manualizzate ha permesso di valutare l'efficacia degli interventi di elezione in termini di modificazioni di specifici fattori dimensionali, come l'impulsività, o di funzioni mentali primarie, come quella riflessiva, o infine dell'organizzazione complessiva dei fattori di personalità o struttura di personalità.

A fronte della migliore conoscenza clinico pratica dei DP, e dello sviluppo di modelli di cura sull'efficacia delle quali sono state maturate prove di evidenza, lo stato dell'arte dei servizi rimane prevalentemente legato ad un'offerta di psichiatria generalista formatasi sul trattamento delle disabilità psicotiche, che mal si adatta alle specifiche necessità di trattamento dei DP. Necessità che in gran parte trovano origine nelle caratteristiche proprie dei DP, in cui un quadro di sofferenza psichica e di menomazione funzionale, che può raggiungere anche elevati livelli di gravità, di sofferenza soggettiva e di rischio *quoad vitam*, coesiste con aree di valido funzionamento e con l'integrità di fondo dei meccanismi psichici posti alla base dell'esame di realtà. Questa specifica condizione rende necessaria la definizione di un *contratto terapeutico* basato sullo sviluppo della motivazione al trattamento e della responsabilizzazione dell'assistito che ancora confligge, almeno in parte, con la cultura di fondo dei servizi di salute mentale più inclini alla tutela sociale e al trattamento delle disabilità.

##### 1.1.1 Definizione dei Disturbi Gravi di Personalità.

Il termine Disturbi Gravi di Personalità (DGP) è stato scelto per indicare condizioni di interesse psichiatrico caratterizzate da una specifica alterazione del funzionamento mentale nell'area della formazione e della stabilità dell'identità e del Sè, con espressione nelle dimensioni dell'impulsività e dell'antagonismo. Sono disturbi che si manifestano con prevalente criticità nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento globale, determinando una significativa riduzione della capacità di adattamento al ruolo sociale. Presentano una frequente comorbidità con patologie di Asse I,

particolarmente i Disturbi dell'Umore, i Disturbi da Uso di sostanze e i Disturbi dell'alimentazione che complicano il quadro clinico e ne aggravano la prognosi.

L'eleggibilità per i trattamenti specialistici erogati dal DSM – DP da parte di pazienti con Disturbo di Personalità deve essere riportato alla gravità del quadro psichico (alterazione del funzionamento mentale) e alla gravità della menomazione e/o disabilità socio-relazionale. Le condotte abnormi sono solo un aspetto dei DGP, che, in assenza di un meccanismo psicopatologico, descrivibile, non hanno valore diagnostico e predittivo dell'efficacia dei trattamenti appropriati. Viceversa, la riduzione al solo quadro comportamentale dirompente, comporta il rischio di una acritica generalizzazione che stigmatizza l'utenza come indesiderabile e problematica. Per contenere il fenomeno dei falsi positivi, o misdiagnosi, l'ambito dei Disturbi di Personalità Gravi deve essere limitato prevalentemente alle categorie diagnostiche con particolare riguardo al cluster B del DSM – IV TR.

### 1.1.2 I Gravi Disturbi di Personalità come problema di salute pubblica.

In un'ottica di Salute Pubblica, i Disturbi Gravi di Personalità sono condizioni critiche di salute mentale con un forte impatto sociale al quale si contrappone una reale difficoltà nell'accesso ai servizi e alla fruibilità di trattamenti adeguati. Quest'ultimo aspetto richiama l'importanza di una revisione delle attuali pratiche terapeutiche, finalizzata a favorire l'accesso di pazienti spesso confinati ai margini dell'attività dei servizi. I DGP sono spesso assimilati a problematiche difficili, indesiderabili per le quali è inutile, e forse rischioso, cercare soluzioni terapeutiche. Certamente, vi è una barriera culturale, che va rimossa agendo soprattutto sulla capacità di fare diagnosi precise, evitando che la categoria venga utilizzato in una accezione meramente negativa e svalutativa.

Sebbene la prognosi generale dei DGP, contrariamente a quanto si riteneva in passato, sia sul lungo periodo fondamentalmente buona, almeno per gli aspetti clinico sintomatologici, il carico di morbilità e di mortalità generale che vi è associato rimane elevato. Infatti, in aggiunta alla sintomatologia nucleare, devono considerarsi le patologie comorbide di Asse I e quelle organiche. La comorbilità in Asse I riguarda i disturbi dell'umore (30 % dei casi di DBP) (Pope HG, 1983; Akiskal HS, 1985), l'abuso e la dipendenza da sostanze (trasversale a tutti i quadri del cluster B del DSM – IV-TR), i disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia con maggiore frequenza nei soggetti di sesso femminile). Le patologie organiche indirettamente connesse ai DGP sono mediate dallo stile di vita che, in ragione di specifici comportamenti correlati al quadro psicopatologico, espone a forti rischi per la salute. La promiscuità sessuale, la conflittualità relazionale, sostenute dall'elevata impulsività, favoriscono la diffusione di malattie infettive e l'incidenza di condizioni traumatiche. Inoltre il tasso dei suicidi tra le persone con Disturbo Borderline di Personalità è il più elevato in assoluto rispetto a tutte le altre patologie di interesse psichiatrico: dall'8 al 10% contro il 4,5 % della schizofrenia e il 3% del Disturbo Bipolare. Naturalmente a questi aspetti vanno sommate le sofferenze individuali e familiari derivanti dalle prospettive del fallimento sociale cui queste persone vanno spesso incontro.

Misurare il carico di patologia e di sofferenze associato ai DGP è molto difficile, anche per la debolezza dei percorsi di trattamento che non consentono una adeguata rilevazione dei bisogni espressi dell'offerta di cura. Le misure epidemiologiche disponibili possono comunque fornire utili spunti per comprendere quale sia il peso complessivo del problema di salute e il carico assistenziale attualmente sostenuto dai Servizi. Dal punto di vista epidemiologico le misure sulla popolazione generale possono fare riferimento solo a rilevazioni effettuate in altri paesi europei e nel continente americano, mancano, infatti, specifici lavori realizzati in Italia.

Gli studi di prevalenza nella popolazione generale europei indicano che i DP globalmente intesi (Torgersen, S., 2001) interessano il 10% della popolazione adulta generale e i disturbi del Cluster B (quelli caratterizzati da impulsività e antagonismo) coprono il 3,5 %.

La prevalenza nella popolazione naturale del Disturbo Borderline di Personalità, che è la categoria diagnostica di Asse II sulla quale esistono maggiori studi di tipo epidemiologico, mostra rilevanti differenze nei diversi paesi in cui è stata oggetto di indagine. Gli studi condotti in Europa (Coid J, 2006; Meier W, 1992) mostrano tassi di prevalenza variabili con un range che oscilla dallo 0,7% in Norvegia al 3,8% in Svezia (mediana=0,9%). Mentre negli Stati Uniti, dove è stato condotto il maggior numero di indagini sistematiche, le stime di prevalenza indicano un'elevata variabilità (Reich J, 1989; Grant BF, 2008), andando da un valore minimo dello 0,4% sino al 5,9% (mediana=1,6%), con un rapporto di quasi 1 a 10 tra le due ricerche che hanno registrato i valori minimo e massimo.

Per quanto concerne la distribuzione del DBP nei servizi psichiatrici ambulatoriali e ospedalieri, le percentuali emerse da diversi studi internazionali su campioni indipendenti sono parzialmente sovrapponibili, nonostante l'utilizzo di procedure diverse. E' stata largamente sostenuta dalla comunità scientifica internazionale una prevalenza media dei pazienti borderline nei servizi psichiatrici ospedalieri pari al 20%; quella nei setting ambulatoriali pari al 10% dei pazienti presi in carico (Zimmerman M, 1989; Lieb K., 2004; Gunderson J.G. 2003).

Un'unica analisi dell'attività dei Servizi di Salute Mentale italiani (Lora A, 2009), che non comprendeva quelli per le dipendenze patologiche, ha riportato che il carico dei Disturbi di personalità complessivamente inteso si attesta intorno al 10% della popolazione in carico. Questa overview, condotta sui dati dei sistemi informativi regionali, ha analizzato le evidenze sulla prevalenza dei disturbi mentali secondo l'ICD-10 in cinque Regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Liguria, Lazio, Friuli-Venezia Giulia). La ricerca ha fornito dati sulla prevalenza dei Disturbi di Personalità presso i Centri di Salute Mentale nell'arco di un anno, per tre delle regioni indagate. La prevalenza per l'Emilia-Romagna è risultata 11,8% (2007), per la Lombardia 11,6% (2005) e per il Friuli-Venezia Giulia 6,5% (2007). La prevalenza media fra le tre regioni rappresenta l'unica stima possibile, al momento, dei Disturbi di Personalità sulla popolazione di pazienti dei DSM italiani. Le indagini condotte nei servizi per le Dipendenze indicano valori molto elevati della prevalenza dei disturbi di personalità nei Ser.T, ma questi dati vanno considerati con prudenza per il possibile effetto di una tendenza verso la sovradiagnosi.

I dati disponibili consentono, insieme ai riferimenti sempre più frequenti dei professionisti, di affermare che sia necessaria un'azione di miglioramento della pratica dei servizi di Salute Mentale per fare fronte alle esigenze di accessibilità e di trattamento espresse dai nuovi bisogni di salute mentale, e tra questi in primo luogo dai Disturbi Gravi di Personalità.

### 1.1.3 La Regione Emilia-Romagna

Il piano Attuativo salute Mentale 2009 – 2011 è la cornice della profonda riorganizzazione dei Servizi di Salute Mentale che è stata attivata a partire dalle conferenze del 2005 di Castel San Pietro con la partecipazione dei professionisti, degli utenti, dei familiari e degli stakeholders del sistema di Salute Mentale della Regione Emilia Romagna. Oggi il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche è una realtà organizzativa estesa e consolidata in tutto il territorio regionale. Le linee di integrazione con gli Enti Locali e l'associazionismo, anche se con fatica e

ritardi, costituiscono il principale vettore delle Politiche di salute Mentale, uscite dal confine ristretto delle pratiche assolutizzanti ed autosufficienti dell'offerta dei servizi. Le interconnessioni tra le unità operative per adulti (Ser.T, CSM ed SPDC) e di queste con la NPIA stabilite dalla configurazione del DSM – DP, rende le nostre organizzazioni virtualmente adatte ad accogliere con maggiore prontezza i fabbisogni dei DGP. Ma le difficoltà nell'integrazione che permangono, e le diversità delle culture organizzative, proprie della Salute Mentale adulti e dei Ser.T, costituiscono ancora un impedimento per la ricerca di soluzioni terapeutiche differenziate ed integrate. In particolare, il diverso paradigma di riferimento nella gestione della relazione di cura e del contratto con il paziente, di tipo assertivo nella salute mentale adulti e motivazionale nei Ser.T, ancorché costituire una opportunità di flessibilità e di modulazione delle risposte assistenziali che necessariamente evolvono nel tempo, è un elemento di contrapposizione tra servizi foriero di conflittualità sulla titolarità e sulle modalità di gestione delle responsabilità terapeutiche dei DGP. Gli interventi volti a favorire l'accesso e la qualità delle cure per le persone con Disturbi della Personalità, pertanto, nella cornice del Piano Attuativo, sono un'occasione e uno strumento per dare concretezza, nei percorsi del DSM DP, alle esigenze di integrazione interna al Dipartimento.

Anche sul versante dell'integrazione esterna, le politiche regionali si presentano coerenti con le attuali conoscenze sui DGP e sono potenzialmente in grado di interpretare la complessità dei fabbisogni connessi. Le migliori prospettive prognostiche dei disturbi di personalità, infatti, riguardano prevalentemente l'attenuazione della sintomatologia e dei comportamenti disfunzionali associati, ma non si estendono al funzionamento sociale. Quelle stesse ricerche che hanno convalidato l'evoluzione relativamente favorevole delle variabili cliniche, hanno affermato che sul piano sociale le persone portatrici di un Disturbo di Personalità hanno un destino negativo. Anzi, questo destino tende a peggiorare nel tempo per la progressiva riduzione delle possibilità di riscatto esistenziale, connessa al fisiologico incremento dell'età. Del resto alcuni autorevoli punti di vista, come quelli espressi da Joel Paris e John Gunderson (2001), hanno specificato che le variabili più importanti connesse ad una prognosi favorevole del Disturbo Borderline di Personalità, sono la capacità e la possibilità di mantenere il ruolo lavorativo. Del resto le caratteristiche e le aspettative delle persone con DGP rendono del tutto inefficaci le soluzioni di inserimento lavorativo protetto a lungo adottate nell'ambito del modello riabilitativo tradizionale, per altro inadatto anche per i giovani affetti da psicosi.

Per queste ragioni la separazione tra interventi del sistema di cura e interventi del sistema di Comunità, sinergici sull'obiettivo della recovery dei disturbi mentali, trova nelle prospettive di trattamento dei DGP un importante terreno di prova.

## 2 MIGLIORARE IL TRATTAMENTO DELLE PERSONE CON DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ

### 2.1 IL PROGETTO DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

La Regione Emilia Romagna, con deliberazione di Giunta n. 313 del 23 marzo 2009, ha approvato il Piano Attuativo Salute Mentale 2009 – 2011. Il suddetto Piano ha individuato i Disturbi di Personalità tra i bisogni emergenti prioritari e ha indicato la necessità di ridefinire l'accessibilità e il trattamento di queste condizioni nell'ambito del rinnovato approccio di Salute Mentale complessivamente proposto.

Nel corso del 2011, il **Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle carceri della Regione Emilia-Romagna** ha promosso un progetto di innovazione tecnico-organizzativa dei DSM – DP con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità e la qualità dell'offerta per i DGP. **Il Coordinamento delle Direzioni dei DSM – DP della Regione Emilia-Romagna**, nella riunione del 10 settembre 2011, ha condiviso l'opportunità e l'importanza di migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure erogate dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche alle persone con Disturbi Gravi di Personalità (DGP).

Successivamente, con determinazione del Direttore Generale dell'Assessorato alle Politiche di Salute della Regione Emilia Romagna n. 3489 del 20 marzo 2012, sono stati costituiti un Comitato Scientifico e un Gruppo Organizzativo, con l'obiettivo di declinare le Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia Romagna. Per i due tavoli di lavoro, entrambi coordinati dall'Azienda USL di Cesena, sono state individuate le specifiche funzioni:

- per il comitato scientifico, traslare ed adattare le raccomandazioni delle Linee Guida internazionali al contesto regionale ed approfondire gli aspetti tecnici e organizzativi inerenti lo sviluppo e il miglioramento della pratica clinica per il trattamento dei DGP;
- per il gruppo organizzativo, contribuire all'analisi di adattabilità ai diversi contesti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Regione Emilia-Romagna, affiancando il CS nella individuazione delle azioni necessarie per la diffusione locale delle raccomandazioni.

#### COMPONENTI DEL COMITATO SCIENTIFICO:

Michele Sanza coordinatore del Comitato Scientifico, Dirigente medico di Psichiatria, Direttore Programma Dipendenze Patologiche Azienda USL di Cesena;  
Francesca Nauselli, supporto organizzativo al Coordinamento;

Domenico Berardi, Professore Ordinario di Psichiatria Università degli Studi Bologna  
Nicola Bussolati, Dirigente Psicologo Unità Operativa Ser.T Azienda USL di Reggio Emilia  
Paola Ceccarelli, Responsabile Direzione Infermieristica e Tecnica Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Azienda USL di Cesena

Stefano Costa, Dirigente medico NPI, Responsabile Unità Operativa di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva, UOC NPIA Servizi Specialistici, Area Dipartimentale NPIA, DSM-DP AUSL di Bologna

Marco Menchetti, Ricercatore Confermato di Psichiatria, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna

Maristella Miglioli, Dirigente medico di Psichiatria, Direttore U.O.C. Centro di Salute Mentale Fidenza, Azienda USL di Parma

Claudio Ravani, Dirigente medico di Psichiatria, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Azienda USL di Forlì

Gloria Samory, Medico Responsabile dell'Ospedale privato accreditato "Villa Azzurra Spa" - Riolo Terme - Ra

Vitantonio Scagliusi, Dirigente Medico di Psichiatria Unità Operativa Sert- Città di Piacenza.

Enrico Semrov, Dirigente di Medico di Psichiatria, Direttore Unità Operativa Centro di Salute Mentale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Azienda USL di Reggio Emilia.

Il Comitato Scientifico è stato supportato dall' Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale nella formulazione delle strategie di ricerca e nell'elaborazione dei risultati con il contributo delle documentaliste: Chiara Bassi e Annamaria Camerlingo

#### **COMPONENTI DEL GRUPPO ORGANIZZATIVO:**

dott. Ezio Boiardi, Azienda USL Piacenza;  
dott.ssa Donatella De Buglio, Azienda USL Piacenza;  
dott. Marco Venuta, Azienda USL Modena;  
dott. Daniela Dariol, Azienda USL Modena;  
dott. Gabriele Moi, Azienda USL Parma;  
dott. Giancarlo Breviario, Azienda USL Parma;  
dott. Enrico Semrov, Regione Emilia-Romagna;  
dott. Angela Gerhard, Azienda USL Reggio-Emilia;  
dott. Claudio Bartoletti, Azienda USL Bologna;  
dott. Marco Monari, Azienda USL Bologna;  
dott.ssa Raffaella Campalastri, Azienda USL Bologna;  
dott.ssa Rita Salerno, Azienda USL Bologna;  
dott. Stefano Gardenghi, Azienda USL Imola;  
dott. Roberto De Falco, Azienda USL Imola;  
dott. Roberto Bosio, Azienda USL Cesena;  
dott.ssa Alessia Dragani, Azienda USL Cesena;  
dott.ssa Dorotea Ricca, Azienda USL Ravenna;  
dott.ssa Federica Mazzoni, Azienda USL Ravenna;  
dott.ssa Daniela Ghigi, Azienda USL Rimini;  
dott.ssa Daniela Casalboni, Azienda USL Rimini;  
dott.ssa Milena Bizzocchi, Azienda USL Rimini;  
dott.ssa Franca Angelini, Azienda USL Forlì;  
dott. Alessandro Arena, Azienda USL Forlì;  
dott. Gino Targa, Azienda USL Ferrara;  
dott.ssa Filomena CATERA, Azienda USL Ferrara.

La metodologia per l'individuazione e la programmazione delle azioni di miglioramento è stata inserita nell'ottica dell'applicazione delle LG ai Percorsi Clinico Assistenziali dei Dipartimenti. Da qui la definizione di **Linee di Indirizzo Regionali** per promuovere l'adattamento delle LG internazionali nei contesti locali. Il Comitato Scientifico ha quindi individuato, sulla base del confronto tra esperti, otto quesiti specifici riguardanti gli aspetti prioritari dell'accessibilità e del trattamento dei DGP, quesiti sui quali, attraverso l'esame della letteratura sono state elaborate le specifiche raccomandazioni.

Per quanto riguarda l'esame della letteratura, sono state esaminate, con lo strumento standardizzato AGREE II, le principali Linee Guida internazionali sul trattamento del Disturbo Borderline di Personalità, assimilabile al *core* della definizione dei DGP<sup>1</sup>. E' stata pertanto individuata come LG di riferimento quella del National Institute for Clinical Excellence del 2009.

Successivamente è stata esaminata la copertura dei quesiti da parte della LG di riferimento, ed è stata estesa la ricerca delle fonti, primarie e secondarie, agli anni successivi la sua pubblicazione. In questa ricerca sono state utilizzate le medesime strategie adottate dal NICE. Inoltre, per ogni quesito è stata approfondita la letteratura nazionale e quella non codificata tra le fonti di spessore scientifico e culturale elevato. Dal momento che i DGP coprono categorie diagnostiche diverse, le raccomandazioni delle presenti Linee di Indirizzo andranno integrate con le eventuali Linee Guida per i Disturbi di Personalità Narcisistico e Istrionico, ferma restando l'esclusione dell'Antisociale dalle finalità specifiche di questo documento.

Per esaminare l'adattabilità delle raccomandazioni originali, sono state esaminate le criticità e le opportunità del contesto locale, facendo ampiamente riferimento alla disamina delle caratteristiche dell'accesso ai servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche elaborata dalla Regione nel 2011; analisi rappresentata nel documento Piano dell'Accesso elaborato dal Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri (Azioni dei DSM-DP per il Progetto regionale "Piano per l'accesso". Finanziamento DGR n. 1684/2010). Nel corso di due incontri con il Gruppo Organizzativo, sono state discusse le bozze delle raccomandazioni adattate al fine di raccogliere ulteriori feed back sulla concreta possibilità di traduzione pratica delle stesse nei contesti dipartimentali.

In una fase avanzata della definizione delle Linee di Indirizzo sono state consultate Le Società Scientifiche Nazionali e La Consulta Salute Mentale della Regione Emilia Romagna per un parere sulla bozza del documento. Le Società Scientifiche interpellate sono state: Società Italiana di Psichiatria (SIP), Società Italiana di Psichiatria Sezione Dipendenze Patologiche (SIP-DIP), Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI), Società Italiana di Psichiatria ed Epidemiologia Sociale (SIEP), Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), Federazione Italiana dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (Federserd), Associazione Italiana Qualità e Accreditamento in Salute Mentale, Società Italiana di Psichiatria di Consultazione (SIPC).

La Consulta Regionale Salute Mentale della Regione Emilia Romagna, organismo con compiti di rappresentanza, proposizione, consultazione e verifica, in cui sono rappresentati tra gli altri i Comitati Utenti Familiari delle undici aziende sanitarie emiliano romagnole, ha espresso parere favorevole dopo un ampio dibattito nel corso della riunione del 30 aprile 2013.

---

<sup>1</sup> Dal momento che i DGP coprono categorie diagnostiche diverse, le raccomandazioni delle presenti Linee di Indirizzo andranno integrate con le eventuali Linee Guida per i Disturbi di Personalità Narcisistico e Istrionico, ferma restando l'esclusione dell'Antisociale dalle finalità specifiche di questo documento.

Il documento “Linee di Indirizzo per il Trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità della Regione Emilia Romagna” in forma estesa, completo delle strategie di ricerca e dell’analisi della letteratura, è scaricabile dal portale web del servizio sanitario regionale dell’Emilia Romagna ([www.saluter.it](http://www.saluter.it)) nella sezione dedicata alla salute mentale.

La versione, che qui si introduce, è una sintesi del documento esteso, ad uso dei professionisti, degli utenti e dei loro familiari che diffonde gli aspetti focali delle Linee di Indirizzo e, in particolare, le raccomandazioni adattate per l’accesso e il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

## 2.2 GLI 8 QUESITI INDIVIDUATI DAL COMITATO SCIENTIFICO DGP.

1. Quale è la configurazione generale dei servizi più funzionale ai fabbisogni di flessibilità e di continuità del trattamento del DGP?
2. Qual è l’importanza dell’integrazione funzionale tra i Servizi di Psichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza e Servizi di Psichiatria dell’Adulto (comprese le Dipendenze Patologiche) per l’efficacia del trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità?
3. Quali sono le caratteristiche del contratto terapeutico delle strutture organizzative dei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche con i pazienti con diagnosi di DGP in funzione della configurazione dei servizi?
4. Quali sono gli interventi più efficaci per gestire le crisi psicopatologiche e comportamentali acute in corso di trattamento del Disturbo Grave di Personalità nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche?
5. Quali sono gli strumenti diagnostici disponibili nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche per assicurare la specificità e l’attendibilità delle diagnosi dei DGP?
6. Quali sono le terapie farmacologiche efficaci nel trattamento dei DGP offerti dai Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche?
7. Quali sono gli interventi di carattere psicoterapeutico disponibili nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di documentata efficacia? A quali obiettivi terapeutici intermedi corrispondono?
8. Quali sono le azioni e gli interventi che possono favorire lo sviluppo delle attitudini terapeutiche di equipe nei confronti dei DGP?

## 2.3 LE LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEI DP

La letteratura offre diverse LG clinico organizzative sul trattamento dei Disturbi di Personalità Borderline che riportano un ampio panorama delle prove di efficacia e della forza delle raccomandazioni relative ai trattamenti e ai modelli assistenziali. Le più significative sono:

### 2.3.1 Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. (APA 2011)

E' la linea guida edita dall'American Psychiatric Association nell'ottobre del 2001. Questa linea guida ha più di 5 anni e non è stata aggiornata di recente, se si escludono i dati aggiunti nel 2005. Ma questi non costituiscono un formale adeguamento della LG agli standard di riferimento della National Guideline Clearing House, l'ente statunitense di sorveglianza sulla qualità delle LG. La linea guida dell' American Psychiatric Association è stata pubblicata nell'ottobre 2001. Gli autori sottolineano che sebbene nel 2005 ci sia stato un aggiornamento delle informazioni e delle evidenze successive a questa pubblicazione, di fatto la LG non è mai stata aggiornata ed è quindi da considerarsi non più attuale.

Questa guida pratica offre raccomandazioni agli psichiatri per il trattamento del disturbo borderline basato sulle evidenze disponibili e sul consenso clinico. La linea guida contiene molte sezioni che sono state suddivise in tre parti:

Parte A contiene le raccomandazioni per il trattamento dei pazienti con personalità borderline (la sezione I raccoglie il riassunto delle raccomandazioni per il trattamento; la sezione II guida alla formulazione e all'attuazione di un piano di trattamento per il singolo paziente; la sezione III illustra una serie di fattori che potrebbero alterare le raccomandazioni generali discussi nella sezione II; la sezione IV affronta i problemi di gestione del rischio che devono essere considerati quando si trattano pazienti con disturbo borderline di personalità.);

Parte B, raccoglie le evidence based e l'analisi delle prove disponibili delle raccomandazioni per il trattamento presentate nella parte A (la sezione V fornisce una panoramica dei criteri del DSM-IV-TR, i tassi di prevalenza per il disturbo borderline di personalità e informazioni generali sulla sua storia naturale e decorso; la sezione VI è una rassegna strutturata ed una sintesi delle pubblicazioni in letteratura per quanto riguarda i trattamenti disponibili per il disturbo borderline di personalità.)

Parte C, presenta le future esigenze della ricerca ovvero quelle aree in cui sono necessari ulteriori dati provenienti dalla ricerca per guidare le decisioni cliniche

### 2.3.2 La Cochrane

Non presenta una LG ma due review sistematiche e standardizzate, una sul trattamento farmacologico (Stoffers, J., 2010) e una sul trattamento psicoterapico (Binks C, 2006) del Disturbo Borderline di Personalità. Quella sul trattamento farmacologico è stata aggiornata nel 2010, pertanto è da considerarsi attuale, mentre quella sul trattamento psicoterapico risale ormai al 2005 e quindi non costituisce più una fonte attendibile. In ogni caso entrambe le review si soffermano su aspetti parziali del trattamento, ma non contengono elementi relativi alla gestione complessiva, e sul lungo termine, del paziente.

#### Review Cochrane

*“Trattamento farmacologico:*

**BACKGROUND:**

*I farmaci ampiamente utilizzati nel trattamento del Disturbo Borderline di Personalità (DBP) sono stati scelti per le loro proprietà funzionali al trattamento di altri disturbi psichiatrici (utilizzo off label).*

**OBIETTIVO:**

*Valutare gli effetti del trattamento farmacologico nel DBP.*

**CONCLUSIONI DEGLI AUTORI:**

*Le evidenze scientifiche disponibili in letteratura, indicano che ci sono alcuni effetti positivi nell'utilizzo di antipsicotici di seconda generazione, nell'utilizzo di stabilizzatori dell'umore e*

*nell'introduzione di alcuni accorgimenti alimentari, come aggiungere alla dieta l'assunzione di acidi grassi Omega-3. Tuttavia tali scoperte si basano principalmente su singoli studi effetto limitato. Gli antidepressivi non vengono ampiamente utilizzati nel trattamento del DBP, ma potrebbero divenire utili in condizioni di comorbidità.*

*Nei casi in cui il DBP è stato giudicato grave, il trattamento farmacologico non ha prodotto alcun miglioramento significativo della sintomatologia, soprattutto per ciò che riguarda i sintomi cardine del disturbo: cronico senso di vuoto, disturbo dell'identità e timore dell'abbandono. Alla luce di tali limiti evidenziati dall' RCT, le conclusioni in questo ambito vanno tratte con molta prudenza e l'applicabilità dei farmaci nel contesto clinico di ogni giorno va in base alle caratteristiche individuali dei pazienti e alla durata degli interventi e dei periodi di osservazione.”*

*25 Gennaio, 2010*

*“Terapie psicologiche in individui con Disturbo Borderline di Personalità*

**BACKGROUND:**

*Il DBP è un disturbo di personalità relativamente comune e a maggior impatto per i servizi sanitari, soprattutto in casi di crisi e di autolesionismo aggravato.*

**OBIETTIVO:**

*Valutare gli effetti di interventi psicologici per persone con DBP.*

*Conclusioni Autori: tale review suggerisce che alcuni dei problemi che si incontrano frequentemente nei pazienti con DBP sono soggetti a miglioramento se trattati con interventi comportamentali e di psicoterapia. Tutte le terapie di impronta psicologica sono però in via sperimentale, in questo ambito, e gli studi sono tuttora troppo esigui e su piccola scala per poter fornire risultati attendibili. Tali evidenze necessitano perciò di essere replicate in studi sul campo più ampi.”*

*27 Agosto, 2005*

### **2.3.3 Borderline personality disorder: treatment and management- NICE clinical guideline 78, (2009).**

Questa linea guida è stata commissionata dal National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) e sviluppata all'interno del National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH). Il NCCMH raggruppa una serie di organizzazioni professionali impegnate nel campo della salute mentale, associazioni di pazienti e familiari, una serie di istituzioni accademiche e il NICE. Questa linea guida è stata sviluppata per il trattamento e la gestione del disturbo di personalità borderline. Le raccomandazioni sono state sviluppate da un team multidisciplinare di operatori sanitari, utenti del servizio e metodologi dopo attenta valutazione delle migliori evidenze disponibili. La linea guida è divisa in capitoli, ognuno dei quali copre una serie di argomenti correlati. I primi tre capitoli forniscono un'introduzione alla LG, discutono gli aspetti generali del disturbo borderline di personalità e presentano i metodi utilizzati per sviluppare la linea guida. I capitoli successivi discutono le evidenze disponibili per la formulazione delle raccomandazioni in riferimento a questi temi: l'esperienza e il punto di vista dei pazienti con disturbo borderline di personalità e dei loro familiari; la validità dei trattamenti psicologici, psicosociali e farmacologici; la gestione della crisi; la configurazione e l'organizzazione dei servizi; il trattamento dei giovani pazienti con disturbo borderline di personalità. Infine la Linea Guida del National Health Service (NHS) del 2009 : **NICE clinical guideline 78: Borderline personality disorder: treatment and management** offre un'ampia e documentata panoramica del trattamento del disturbo Borderline di Personalità tarata sulle esigenze della continuità assistenziale, della configurazione dei servizi, e dell'organizzazione dell'equipe che sono aspetti centrali nell'erogazione delle prestazioni nei

Servizi Pubblici. *“Tale Linea guida fornisce indicazioni per il trattamento e la gestione del DBP in soggetti adulti e giovani al di sotto dei 18 anni che soddisfano i criteri per la diagnosi. Il disturbo borderline di personalità è presente nell’1% della popolazione, ed è molto frequente nei giovani adulti. Le donne che affluiscono ai servizi sono più numerose degli uomini. Il DBP non può essere ufficialmente diagnosticato prima dei 18 anni di età, ma la presenza delle sue caratteristiche principali è identificabile molto prima di questa soglia d’età. Questo percorso è variabile sebbene molte persone si ristabiliscono spontaneamente. Queste linee guida sono state stilate attingendo dalle più attendibili evidenze scientifiche disponibili. Nonostante ciò si riscontrano notevoli limiti a queste evidenze di base, come ad esempio pochi studi di controllo randomizzati (RCTs) sugli interventi, che hanno poche conclusioni in comune. Alcuni di questi limiti sono ascritti nelle raccomandazioni delle future ricerche in merito. Al momento della pubblicazione (gennaio 2009) non vi era, nel mercato del Regno Unito, alcun farmaco autorizzato per il trattamento del DBP, ma queste linee guida contengono indicazioni sull’uso di terapie farmacologiche per gestire condizioni di crisi, comorbidità e insonnia. Suddette linee guida ipotizzano che i clinici possano in futuro usare un sommario di farmaci in base alle caratteristiche da trattare in modo personalizzato per ogni paziente. Il NICE ha sviluppato delle linee guida separate per il disturbo antisociale di personalità.”*

#### **2.3.4 Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad GPC, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) (2011)**

Il trattamento del disturbo di personalità borderline (BPD) viene considerato di grande importanza dal Plan Director de Salud Mental y Adicciones, che è lo strumento di informazione e studio attraverso il quale il Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya determina le linee guida per promuovere, pianificare, coordinare e valutare le attività nel campo della salute mentale e delle dipendenze. Il GPC è il risultato del lavoro di un gruppo di professionisti coinvolti nella cura dei pazienti con disturbo borderline. Il GPC è rivolto ai pazienti ed ai professionisti della salute mentale, e fornisce raccomandazioni basate su prove scientifiche e di consenso sulla cura delle persone con disturbo borderline di personalità. Il volume introduce delle considerazioni generali (la diagnosi, la gestione e la prevenzione), presenta i dati disponibili sugli interventi psicosociali, sul trattamento farmacologico, sulla gestione delle crisi e sull'organizzazione dei servizi e programmi. Vengono quindi fornite delle raccomandazioni, per ciascuna delle quali è indicata la forza sulla base delle evidenze disponibili e sulla metodologia del consenso.

## **2.4 APPLICAZIONE DEL METODO AGREE II PER LA SELEZIONE DELLA LINEA GUIDA DI RIFERIMENTO.**

### **2.4.1 Descrizione di AGREE II**

Lo strumento AGREE II<sup>2</sup> valuta la qualità delle linee guida cliniche attraverso l’applicazione di una checklist che indaga il rigore metodologico e la trasparenza con cui le linee guida sono state costruite. AGREE valuta sia la qualità di quanto viene esplicitamente riportato nella linea guida, sia

---

<sup>2</sup> Lo strumento AGREE originale è stato pubblicato nel 2003 dall’AGREE Collaboration. La revisione dello strumento AGREE originale ha prodotto AGREE II (2011) che introduce tre radicali innovazioni: per assegnare lo score ai singoli item, la scala a quattro punti è stata sostituita da una scala a sette punti; le sei dimensioni rimangono quelle originali con modifiche formali e sostanziali a 11 dei 23 item presenti; l’intero manuale, infine è stato ridisegnato per facilitarne l’applicazione.

la qualità di alcuni aspetti delle raccomandazioni. Fornisce una valutazione della validità di una linea guida, nel senso della probabilità che essa riesca effettivamente a ottenere gli obiettivi auspicati. Non valuta l'impatto della linea guida sugli esiti clinici dei pazienti. Tradotto in numerose lingue e citato in oltre 100 pubblicazioni questo strumento è approvato da diverse organizzazioni sanitarie. La traduzione italiana di AGREE II è stata sostenuta interamente dalla Fondazione GIMBE.

AGREE II è costituito da 23 item organizzati in sei dimensioni, ciascuna delle quali esplora vari aspetti che possono influenzare la qualità di una linea guida (tab.1)

**Tabella 1- Dimensioni AGREE II**

Dimensione 1	Obiettivi e ambiti di applicazione	<i>Analizza l'obiettivo generale della LG, i quesiti clinico-assistenziali a cui risponde la LG e la popolazione target</i>
Dimensione 2	Coinvolgimento dei soggetti portatori di interesse (stakeholders)	<i>Verifica l'entità del coinvolgimento di tutti gli stakeholders, oltre che il punto di vista di potenziali utenti della LG</i>
Dimensione 3	Rigore metodologico	<i>Analizza metodi e strumenti utilizzati per la ricerca bibliografica, la valutazione critica e la selezione delle evidenze scientifiche, la formulazione delle raccomandazioni cliniche, l'aggiornamento della LG</i>
Dimensione 4	Chiarezza espositiva	<i>Esamina il linguaggio, la struttura ed il formato della LG</i>
Dimensione 5	Applicabilità	<i>Analizza le possibili barriere e i fattori facilitanti l'implementazione della LG, le possibili strategie per favorirne l'adozione, l'implicazione sulle risorse economiche conseguenti all'applicazione delle LG</i>
Dimensione 6	Indipendenza editoriale	<i>Verifica se eventuali conflitti di interesse abbiano influenzato la formulazione delle raccomandazioni</i>
<i>AGREE II prevede anche due item finali: il primo per assegnare alla LG un punteggio complessivo di qualità, il secondo per esprimere un giudizio relativo al suo potenziale utilizzo.</i>		

#### 2.4.2 LG per la gestione ed il trattamento del disturbo borderline di personalità, valutate con il metodo AGREE II

Le linee guida che sono state valutate sono APA; GPC e NICE, anche se APA non avrebbe dovuto essere presa in considerazione, è stata recuperata per avere un termine di confronto con NICE.

#### 2.4.3 Risultati

Come indicato dal manuale d'uso di AGREE II, ciascuna LG è stata esaminata da 4 valutatori indipendenti. Inoltre, prima di procedere all'attribuzione dei punteggi è stata raccolta la documentazione di supporto che poteva essere parte integrante delle LG<sup>3</sup>. Nella tabella 2 vengono riportati i punteggi complessivi attribuiti dai singoli valutatori a ciascuna LG per le 6 dimensioni di cui si compone AGREE II.

**Tabella 2: punteggi complessivi NICE; APA; GPC**

<sup>3</sup> John M. Oldham, M.D., M.S. (2005); NHS (2009); Grupo de trabajo sobre GPC (2007); Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad [Versión resumida]. (2011); Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad [Guía rápida: recomendaciones] (2011)

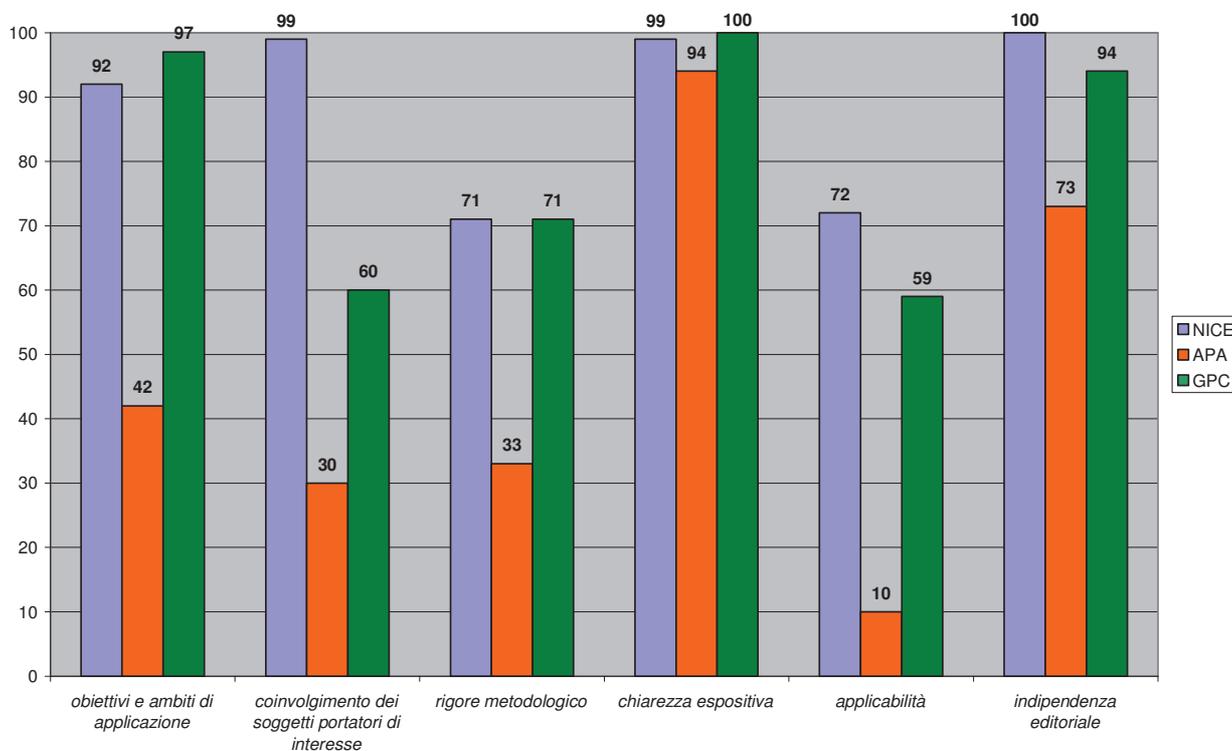
<b>NICE</b>	<i>dimensione 1</i>	<i>dimensione 2</i>	<i>dimensione 3</i>	<i>dimensione 4</i>	<i>dimensione 5</i>	<i>dimensione 6</i>
<i>valutatore 1</i>	20	21	41	21	20	14
<i>valutatore 2</i>	20	21	43	21	21	14
<i>valutatore 3</i>	19	21	42	21	22	14
<i>valutatore 4</i>	19	20	43	20	22	14
<b>TOTALE</b>	78	83	169	83	85	56

<b>APA</b>	<i>dimensione 1</i>	<i>dimensione 2</i>	<i>dimensione 3</i>	<i>dimensione 4</i>	<i>dimensione 5</i>	<i>dimensione 6</i>
<i>valutatore 1</i>	10	10	24	19	7	11
<i>valutatore 2</i>	12	8	25	21	6	8
<i>valutatore 3</i>	10	9	23	20	5	11
<i>valutatore 4</i>	10	7	24	20	8	13
<b>TOTALE</b>	42	34	96	80	26	43

<b>GPC</b>	<i>dimensione 1</i>	<i>dimensione 2</i>	<i>dimensione 3</i>	<i>dimensione 4</i>	<i>dimensione 5</i>	<i>dimensione 6</i>
<i>valutatore 1</i>	20	15	41	21	19	14
<i>valutatore 2</i>	20	13	43	21	18	12
<i>valutatore 3</i>	21	12	43	21	17	13
<i>valutatore 4</i>	21	15	42	21	19	14
<b>TOTALE</b>	82	55	169	84	73	53

Nella figura 1 vengono riportate le percentuali per ciascuna dimensione di cui si compone l'AGREE II nelle tre linee guida.

**Figura 1: punteggi complessivi**



#### 2.4.4 Dimensione 1: Obiettivi ed ambiti di applicazione

La dimensione 1 analizza l'obiettivo generale della LG, i quesiti clinico-assistenziali a cui risponde la LG e la popolazione target.

La LG NICE individua e specifica i seguenti obiettivi: valutare il ruolo di specifici interventi psicosociali nel trattamento; valutare il ruolo di specifici interventi farmacologici; integrare quanto sopra per fornire la migliore prassi e consigli sulla cura delle persone con una diagnosi di disturbo di personalità borderline; promuovere l'attuazione delle migliori pratiche cliniche attraverso lo sviluppo di raccomandazioni su misura per le esigenze del NHS in Inghilterra e Galles. Viene inoltre dedicata l'appendice 1 all'esplicitazione degli obiettivi e dei bisogni a cui la LG risponde. I quesiti clinici vengono esplicitati e descritti all'interno di ciascun capitolo. Inoltre nell'appendice 6 viene riportato l'elenco completo dei quesiti clinici cui la LG intende rispondere. Nella LG NICE viene descritta in modo specifico la popolazione target della LG: adulti con età uguale e superiore ai 18 anni con una diagnosi di personalità borderline; giovani di età inferiore ai 18 anni con sintomi borderline, o con un'ipotesi di disturbo borderline; persone con disturbo borderline di personalità e difficoltà di apprendimento.

La LG APA offre raccomandazioni basate sulle evidenze disponibili e sul consenso clinico con lo scopo di aiutare gli psichiatri sviluppare dei piani di cura di pazienti adulti con disturbo borderline di personalità. La linea guida non riporta specifici quesiti clinici a cui rispondere ma rappresenta una sintesi delle attuali conoscenze scientifiche e di pratica clinica. La popolazione target viene indicata in adulti con età superiore ai 18 anni con diagnosi di disturbo borderline di personalità.

La LG GPC esplicita una serie di obiettivi specifici: migliorare le cure preventive, il trattamento e riabilitazione per le persone con disturbo borderline, in particolare nei servizi di salute mentale specializzati; fornire supporto ai professionisti AP della salute (APS) nella cura del paziente BPD e sostenere il processo decisionale nella pratica clinica attraverso la divulgazione di una versione della LG che ne faciliti l'utilizzo in questo contesto; fornire agli utenti e alle loro famiglie informazioni sulle opzioni di trattamento e riabilitazione per prendere decisioni informate su ciò che incide sulla loro cura e riabilitazione (anche per gli utenti e le famiglie è prevista la divulgazione di una versione dedicata); promuovere lo sviluppo di indicatori per valutare l'attuazione nella pratica clinica delle raccomandazioni contenute nella LG (ai quali sarà una successiva pubblicazione); sviluppare raccomandazioni per la ricerca sul BPD per fare progressi nella loro conoscenza e gestione. La LG esplicita un elenco di quesiti sulla condizione generale, sugli interventi psicologici e psicosociali, sulla farmacoterapia (anticonvulsivanti, antidepressivi, antipsicotici, ansiolitici, acidi grassi Omega 3), sulla gestione della crisi e sull'organizzazione dei servizi e dei programmi. Questa LG si propone di trattare la diagnosi e gli interventi per persone con diagnosi di disturbo borderline di personalità e per quelle popolazioni in cui vi è una ipotesi verso tale diagnosi. La diagnosi di DBP è spesso usata per pazienti di età superiore ai 18 anni. Eppure, sostiene la LG, è possibile utilizzare questa diagnosi nei giovani sotto i 18 anni quando i sintomi principali di questo disturbo si manifestano stabilmente per oltre 1 anno. Questa diagnosi è raramente formulata nei bambini al di sotto dei 16 anni.

#### 2.4.5 Dimensione 2: Coinvolgimento dei soggetti portatori di interesse

La dimensione 2 verifica l'entità del coinvolgimento di tutti gli stakeholders, oltre che il punto di vista di potenziali utenti della LG.

Per la LG NICE il gruppo di lavoro che ha formulato le linee guida era composto da psichiatri, psicologi clinici, medici di medicina generale e nursing. Inoltre hanno collaborato esperti del mondo accademico della psichiatria e della psicologia; due ex utenti del servizio e un familiare. Il

processo di sviluppo della linea guida è stata sostenuta da parte del personale del NCCMH, che ha raccolto la letteratura clinica e di economia sanitaria, ha presentato la recensione e gestito il processo, contribuendo così alla stesura della guida.

La LG **APA** è stata formulata da un gruppo di psichiatri esperti nella pratica clinica e per alcuni di loro anche con conoscenze nella metodologia della ricerca accademica.

La formulazione della LG **GPC** ha coinvolto: un consulente di metodologia, nove psichiatri, undici psicologi, un infermiere ed un assistente sociale. Sono stati organizzati un gruppo direttivo e tre sottogruppi in base all'ambito di intervento, ciascuno coordinato da uno o due professionisti del gruppo di lavoro stesso. Il gruppo direttivo era formato da un coordinatore clinico, tre consulenti per il coordinamento tecnico e metodologico. Questo gruppo di coordinamento è stato responsabile per il processo di organizzazione e la realizzazione del documento: gli aspetti metodologici della redazione, il monitoraggio della struttura e dei contenuti della guida, e la sua modifica. I tre sottogruppi di lavoro sono stati coinvolti anche nello sviluppo della portata e la finalità della guida, i quesiti clinici, la selezione di prove scientifiche e di lettura critica, la sintesi e lo sviluppo di raccomandazioni.

La LG della **NICE** è l'unica ad aver contemplato nella formulazione del documento, la raccolta del punto di vista dell'utente e dei suoi famigliari inserendoli nel gruppo di lavoro e dedicando un intero capitolo alla loro esperienza.

#### 2.4.6 Dimensione 3: Rigore metodologico

La dimensione 3 analizza metodi e strumenti utilizzati per la ricerca bibliografica, la valutazione critica e la selezione delle evidenze scientifiche, la formulazione delle raccomandazioni cliniche e l'aggiornamento della LG.

La LG **NICE** dedica l'appendice 7 alla descrizione delle strategie di ricerca per l'individuazione degli studi clinici, indicando l'orientamento delle strategie di ricerca degli argomenti ed i filtri utilizzati nella ricerca di revisioni sistematiche e nelle RCT. Tutti gli studi di primo livello inclusi dopo una prima revisione della sintesi sono stati acquisiti nella versione completa e quindi ne è stata rivalutata l'ammissibilità nel momento in cui venivano inclusi nel database. La LG specifica nell'appendice 8 i criteri di inclusione e di esclusione. Criteri di ammissibilità più specifici sono state sviluppati per ciascun quesito clinico. Gli studi sono stati valutati criticamente per la qualità metodologica (appendice 9 e appendice 16). L'ammissibilità di ogni studio è stata confermata da almeno un membro del gruppo. Nella formulazione delle raccomandazioni, dopo aver completato le tabelle con il profilo delle prove relative ad una particolare domanda clinica, sono stati formulati dei quadri riassuntivi che includono una valutazione del significato clinico delle prove. La formulazione delle raccomandazioni ha inoltre tenuto conto degli studi sui benefici ed i rischi così come altri importanti fattori economici. In assenza di prove livello I (o un livello appropriato per la domanda), oppure dove il GDG ha valutato (sulla base di ricerche precedenti o la loro conoscenza della letteratura) che tali prove erano improbabili, è stata adottata una procedura di consenso fra esperti. Rispetto all'esistenza di un legame preciso fra le raccomandazioni e le evidenze che le supportano la LG **NICE** sottolinea che i dati di ricerca sull'efficacia delle terapie psicologiche nel trattamento del DBP sono relativamente scarsi: ci sono pochi studi, un basso numero di pazienti e quindi a bassa potenza; risultati multipli con poco in comune tra gli studi; e un sistema eterogeneo diagnostico che rende difficile per indirizzare un trattamento specifico su pazienti con specifici gruppi di sintomi. Ciò significa che lo stato delle conoscenze sui trattamenti attualmente disponibili è in una fase di sviluppo piuttosto che di consolidamento. Anche se ci sono 28 studi valutabili sui trattamenti farmacologici nelle persone con una diagnosi di disturbo di personalità borderline (sei delle quali non ha raggiunto i criteri di inclusione), ci sono pochi studi su ogni singolo farmaco,

cosa che rende difficile trarre conclusioni definitive. Inoltre, vi sono variazioni nelle popolazioni in ogni studio, tra cui, i pazienti ricoverati e ambulatoriali, volontari sintomatici e quelli con e senza comorbidità. Questo significa che ci sono pochi studi per ciascun farmaco e di conseguenza tutte le conclusioni hanno bassa potenza.

Prima della pubblicazione definitiva, la LG è stata inserita nel sito del NICE ed è stata valutata per un periodo di otto settimane attraverso i commenti di una serie di stakeholders coinvolti. Questi commenti sono stati utili per una revisione e per il raggiungimento della versione definitiva. La LG non esplicita la procedura per l'aggiornamento della LG.

La LG **APA** descrive i criteri di ricerca indicando le parole chiave utilizzate per la raccolta della letteratura nei diversi motori di ricerca. Non vengono esplicitati i criteri utilizzati per selezionare le evidenze scientifiche, così come non vengono descritti con chiarezza i punti di forza ed i limiti delle evidenze scientifiche. Non vengono, inoltre, indicati con chiarezza i metodi per formulare le raccomandazioni. Nell'interpretazione della letteratura, la LG evidenzia una serie di limitazioni importanti per la formulazione delle raccomandazioni: tutti gli studi hanno coinvolto pazienti adulti con disturbo di personalità borderline. Mentre i risultati possono essere applicabili agli adolescenti, vi è una scarsità di ricerca che ha esaminato l'efficacia di questi trattamenti per questa fascia di età. Sebbene alcuni di questi trattamenti sono stati valutati mediante studi randomizzati, controllati con placebo, il gold standard per determinare l'efficacia del trattamento è disponibile solo dalle relazioni di casi, serie di casi, o studi retrospettivi, che limita le conclusioni che si possono trarre circa l'efficacia del trattamento. Un'altra considerazione è che gli studi di efficacia (ad esempio, studi controllati con placebo) hanno notevole punti di forza ma anche alcuni limiti. Sebbene gli studi siano necessari per stabilire che un particolare il trattamento è efficace, ci possono essere limiti alla generalizzabilità dei risultati dello studio. Una bozza della LG è stata rivista dal comitato direttivo, altri esperti ed organizzazioni, i membri dell'APA e del Consiglio di Amministrazione. La LG è stata pubblicata nell'ottobre 2001 e, sebbene nel 2005 ci sia stato un aggiornamento delle informazioni e delle evidenze successive a questa pubblicazione, di fatto la LG non è mai stata aggiornata. Non vi sono indicazioni sulla procedura di aggiornamento.

Per la LG **GPC** è stata fatta una ricerca generale e sistematica della letteratura (RCT) sulla gestione del DBP, le caratteristiche della popolazione, i problemi, gli interventi e la metodologia. La ricerca è stata completata con una revisione manuale della letteratura dei documenti, la consultazione web dei documenti delle associazioni e delle società più rilevanti nazionali e internazionali. Nei casi in cui non sono state trovate RCT su un intervento specifico è stata estesa la ricerca a studi di minore qualità metodologica, studi di coorte e quasi-sperimentali. Una descrizione delle strategie di ricerca viene fatta nell'appendice 2.1. La valutazione delle evidenze avviene attraverso l'utilizzo del sistema modificato SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) I dati ottenuti sono stati utilizzati per la successiva preparazione delle raccomandazioni. Nei casi in cui è stato necessario abbassare la qualità degli studi (studi di coorte e quasi-sperimentali), si è proceduto ad assegnare i livelli appropriati di classificazione. La LG descrive con chiarezza i metodi utilizzati per la formulazione delle raccomandazioni rimandando anche ad un documento allegato. Per la formulazione delle raccomandazioni è stato elaborato un giudizio ragionato tenendo conto delle seguenti domande chiave in relazione agli interventi selezionati: quantità, qualità e la coerenza delle prove scientifiche disponibili; generalizzabilità dei risultati; applicabilità; impatto clinico. La LG in riferimento al legame fra evidenze e raccomandazioni sottolinea che le prove finora disponibili sugli interventi psicosociali volti a migliorare la sintomatologia (ridurre tentativi di suicidio e autolesionismo, ridurre ricadute e ricoveri, aumentare la capacità di relazione e funzionalità, così come l'integrazione sociale e lavoro) non sono esaustive. Tuttavia, per alcuni interventi è possibile avanzare raccomandazioni di pratica clinica. Questo perché gli studi sui diversi interventi sono pochi e i campioni che hanno partecipato a questi programmi è limitata e

spesso limitati nella loro composizione. Anche per il trattamento farmacologico del disturbo borderline sono stati analizzati tutti gli RCT disponibili in riferimento alle diverse famiglie farmacologiche indagate. L'esame dei risultati ottenuti punta nella direzione della possibile efficacia di alcuni farmaci considerati in relazione ad alcuni outcomes. Tuttavia, esistono limiti metodologici per la numerosità dei campioni e la loro selezione tali da non poter formulare delle raccomandazioni per il loro utilizzo. Inoltre, non esiste alcun farmaco in Spagna, con l'indicazione per il trattamento del disturbo borderline.

Ultimata la linea guida, il documento è stato sottoposto ad una revisione esterna da parte delle società scientifiche nel campo della salute mentale ed esperti selezionati dal gruppo di lavoro. Il gruppo di lavoro ha poi esaminato le osservazioni e i suggerimenti espressi dai revisori esterni decidendo per l'adozione o meno di queste revisioni. L'aggiornamento della LG avverrà ogni tre anni, periodo eventualmente anticipabile nel caso emergessero degli elementi di rilevanza clinica che possano consigliare una modifica alle raccomandazioni.

Nella formulazione delle raccomandazioni, in nessuna delle tre LG sono stati presi in considerazione i rischi ed i benefici conseguenti alla loro applicazione.

#### 2.4.7 Dimensione 4: Chiarezza espositiva

La dimensione 4 esamina il linguaggio, la struttura ed il formato della LG.

La LG **NICE** dedica un capitolo alla raccolta delle raccomandazioni suddividendole per ambiti: i principi generali (accesso ai servizi, percorsi dedicati ai pazienti con disturbo di personalità e disturbi di apprendimento, autonomia e scelta, sviluppo di una relazione basata sull'ottimismo e la fiducia, coinvolgimento dei famigliari, valutazione diagnostica, gestione dei passaggi e della conclusione dei trattamenti, gestione dei gesti auto-lesivi e dei tentativi di suicidio, formazione e supervisione dell'equipe), indicazioni per il riconoscimento e trattamento nei servizi di cura primari, indicazioni per la valutazione diagnostica e trattamento da parte dei servizi di salute mentale, i servizi ospedalieri, l'organizzazione e la configurazione dei servizi ed una serie di rilevanti raccomandazioni per la ricerca. Alcune raccomandazioni risultano ridondanti. Vengono inoltre indicate e descritte con chiarezza le diverse opzioni di cura (trattamento farmacologico, intervento psicologico, arts therapies, trattamenti residenziali di comunità ed altre tipologie di trattamento come la terapia gruppo-analitica, sistemica, umanistica e la nidotherapy).

La LG **APA** individua una serie di raccomandazioni che espone con chiarezza indicando anche la forza di tale raccomandazione e permettendo al lettore di identificare facilmente le raccomandazioni principali (la valutazione diagnostica iniziale, la gestione psichiatrica del caso, i criteri per selezionare il trattamento più appropriato e le diverse strategie per il trattamento del disturbo, l'individuazione dei fattori che possono condizionare il trattamento e la gestione del rischio). In appendice vengono inoltre presentati degli algoritmi per il trattamento psicofarmacologico del disturbo borderline (per i sintomi di disregolazione affettiva, discontrollo degli impulsi e dei sintomi cognitivi).

La LG **GPC** riporta in modo chiaro l'elenco delle raccomandazioni, indicandone laddove possibile il grado della raccomandazione (A, B, C, D, come molto buona, buona, media o bassa) in base alla qualità delle prove; vengono indicate con un segno (√) le raccomandazioni basate sulla buona pratica clinica derivate dal consenso del gruppo di lavoro; in assenza di prove non viene indicata una raccomandazione e la casella relativa alla forza della raccomandazione appare senza ombreggiatura. La LG introduce alcuni principi generali per il trattamento (la diagnosi e gli strumenti di valutazione, la valorizzazione del paziente, la formulazione di un piano di trattamento e alcune considerazioni sulla prevenzione del disturbo), le raccomandazioni relative agli interventi

psicologici e psicosociali, il trattamento farmacologico, la gestione della crisi e l'organizzazione dei servizi.

#### 2.4.8 Dimensione 5: Applicabilità

La dimensione 5 analizza le possibili barriere e i fattori facilitanti l'implementazione della LG, le possibili strategie per favorirne l'adozione, l'implicazione sulle risorse economiche conseguenti all'applicazione delle LG.

La LG NICE sottolinea come in Inghilterra e in Galles solo a partire dal 2003 è stato avviato un progetto di sviluppo dei servizi dedicati al disturbo borderline che appaiono spesso frammentati e poco sviluppati. Il programma prevede lo sviluppo di trattamenti psicosociali innovativi, progetti pilota e programmi di formazione. Lo scopo, a lungo termine, è quello di sviluppare servizi in tutte le parti del paese, capaci di trattare nello specifico i disturbi di personalità. La LG fornisce una versione breve e un documento allegato indirizzato ai pazienti ed ai loro familiari. Questo materiale favorisce la comprensione e l'applicazione delle raccomandazioni della LG. La LG NICE riporta inoltre una sintesi delle implicazioni economiche per ciascuna tipologia di trattamento indicato. Questa LG è l'unica ad accennare il discorso dell'audit clinico affermando che gli standard di controllo, passo importante per la LG, verranno implementati successivamente.

La LG APA in riferimento alla dimensione 5 dell'applicabilità fornisce solo alcune indicazioni in merito alle potenziali implicazioni sulle risorse conseguenti all'applicazione delle raccomandazioni, sottolineando i risultati degli studi sul rapporto costi/benefici dei diversi trattamenti.

La LG GPC sottolinea la necessità di una corretta pianificazione, organizzazione ed erogazione di servizi necessari per ottimizzare l'efficacia dei trattamenti per le persone che soffrono di disturbo borderline di personalità. Lo sviluppo di servizi dedicati al trattamento di persone DBP è relativamente recente in Catalogna. Vengono passati in rassegna i servizi e i programmi per le persone con disturbo borderline a breve, medio e lungo termine, proponendo un modello di continuità assistenziale nella cura dei pazienti con DBP, in cui l'elemento chiave è l'integrazione e la coerenza di cura tra i diversi livelli di assistenza sanitaria. Nella cura dei pazienti con disturbo borderline, viene dedicata una speciale attenzione alla gestione della crisi ed alla valutazione del rischio di suicidio. La GPC affronta anche il tema della formazione e degli investimenti sul personale. La maggior parte dei professionisti della salute mentale tratta pazienti con disturbo borderline, tuttavia una piccola percentuale di loro ha ricevuto una formazione specifica sul disturbo. La mancanza di formazione specializzata può essere facilmente rilevata nella valutazione e gestione del trattamento delle persone affette da disturbo borderline di personalità. La diffusione della LG viene favorita da una versione breve e dall'intenzione di pubblicare una LG per gli utenti e i loro familiari.

#### 2.4.9 Dimensione 6: Indipendenza editoriale

La dimensione 6 verifica se eventuali conflitti di interesse abbiano influenzato la formulazione delle raccomandazioni.

La LG NICE dedica l'appendice 2 alla dichiarazione di interesse dei membri facenti parte il gruppo di lavoro che ha steso le raccomandazioni della LG.

Nella LG APA, oltre a dichiarare eventuali conflitti di interesse dei membri del gruppo, viene esplicitato che lo sviluppo delle linee guida non è finanziato da organizzazioni commerciali.

Anche la LG **GPC** dedica un' appendice (1) alla dichiarazione di interessi dei membri del gruppo di lavoro. La formulazione della LG è stata finanziata dalla Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS).

#### 2.4.10 Conclusioni AGREE II

La valutazione delle LG sul trattamento del DB ha consentito di esplicitare alcune caratteristiche di questi strumenti contribuendo a definirne il ruolo che possono avere nelle strategie di programmazione e di valutazione dei servizi. Confermandosi documenti fondamentali per l'orientamento della pratica professionale, anche se di diversa qualità e spessore, le LG sul trattamento dei Disturbi di Personalità offrono un quadro concettuale di riferimento entro il quale modulare gli interventi psicosociali e i trattamenti farmacologici. Delle tre LG esaminate quella che presenta la maggiore articolazione nella prospettiva della pianificazione, dell'organizzazione e della valutazione dei servizi è senza dubbio quella NICE, seguita dal GPC che comunque è stata sviluppata a partire dalla stessa LG inglese.. Al contrario, la LG dell'APA, ormai molto datata, si limita a rappresentare le raccomandazioni per i singoli trattamenti individuati, risultando carente nel definire una prospettiva più ampia includendo l'organizzazione dei servizi e i fabbisogni dell'equipe curante.

Il quadro di riferimento esplicitato dalle LG NICE si sostanzia in tre elementi fondamentali: il sistema dei valori, l'ideologia; il contratto terapeutico e la configurazione dei servizi. Il sistema dei valori raccomandato è costituito da un insieme di assunti tesi a limitare lo stigma e soprattutto ad affermare strategie di intervento fondate sull'empowerment. Le raccomandazioni pongono costantemente in evidenza strategie di intervento mirate a favorire esperienze di autoefficacia piuttosto che di delega al servizio, a partire proprio dalle indicazioni per la gestione delle crisi. In questo senso il riconoscimento dell'autonomia del paziente, nel contesto del setting curante, non è mero principio astratto ma specifico presupposto dell'intervento clinico.

Il secondo e conseguente elemento è la definizione del contratto. E' raccomandato che il rapporto con il paziente sia esplicito e definito. Che definisca con chiarezza gli obiettivi intermedi del trattamento così come le prospettive generali. L'esplicitazione degli obb intermedi comporta una reciproca responsabilizzazione, del curante - o meglio dell'equipe curante - e del curato e, soprattutto nel caso dei giovani e dei minorenni, il pieno coinvolgimento della famiglia nella condivisione delle strategie di cura e dell'adesione ad una proposta di cambiamento. La prospettiva del contratto esplicito è particolarmente significativa, ed utile, nella ridefinizione del rapporto con pazienti che possono essere anche molto gravi ma che conservano l'integrità dei meccanismi psichici posti a fondamento del giudizio di realtà. La completa assenza di una delega al servizio di salute mentale in merito alla prevenzione dei comportamenti inappropriati e distruttivi, oltre che rappresentare una utile strategia di sviluppo delle competenze di coping personale, ridefinisce la posizione di garanzia del clinico su presupposti realistici e meno foriera di atteggiamenti difensivi a rischio di essere iatrogeni ed inadeguati.

La configurazione organizzativa dei servizi è il terzo elemento contestuale che viene costantemente e fortemente richiamato dalle raccomandazioni del NICE, che qui fanno riferimento esplicito ad un'altra LG precedente sulla applicazione dei trattamenti psicoterapici secondo gli orientamenti della Stepped Care. In sostanza il sistema inglese prevede la forte strutturazione dei trattamenti per livelli di intensità di cura, configurando tre ambiti significativi: al primo, corrisponde l'intervento del medico di medicina generale e la sussidiarietà con interventi flessibili di carattere prevalentemente consulenziale o informale quali quelli forniti dai gruppi di auto aiuto o da gruppi di sostegno a basso livello di assorbimento di risorse professionali. Il secondo focalizzato sui servizi specialistici che assicurano la diagnosi e il trattamento esperti, possibilmente secondo i

principi evidence based declinati dalle raccomandazioni. Questo livello è costituito da i servizi per la psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e dai servizi di salute mentale per gli adulti. Infine il terzo livello assistenziale costituito dalla massima intensità di trattamento, residenziale, per programmi a tempo definito di carattere intensivo e di natura contenitiva. Il principio della stepped care favorisce che il paziente attraversi la rete dell'offerta dei servizi da un livello di intensità all'altro utilizzando inizialmente l'intervento efficace meno invasivo (ed a minore assorbimento di risorse) e successivamente, qualora non vi sia una soddisfacente risposta, interventi con maggiore complessità. L'applicazione di questo principio, coincidente con il nostro di appropriatezza, si fonda sulla programmazione di una rete ben strutturata ed articolata predisposta ad accogliere i molteplici bisogni dei pazienti con DBP nei diversi momenti del percorso di cura.

Indubbiamente le LG NICE, che rappresentano un punto di arrivo positivo nella declinazione della medicina basata sulle evidenze, prospettano per il trattamento dei Disturbi di Personalità Borderline, non solo l'adozione di tecniche trattamentali adeguate ed efficaci, come è nella natura e negli scopi prioritari delle LG, ma definiscono in maniera specifica una profonda rivisitazione dei principi (valori), dei setting (contratto) e della complessiva organizzazione dei Servizi di Salute Mentale, che appare funzionale ad un ripensamento complessivo dell'offerta specialistica di Salute Mentale.

La Linea guida del NICE (National Institute for Clinical Excellence) è stata individuata come punto di riferimento generale per la declinazione delle caratteristiche di qualità del Percorso Clinico Assistenziale per i DGP della Regione Emilia Romagna.

### **3 QUALE È LA CONFIGURAZIONE GENERALE DEI SERVIZI PIÙ FUNZIONALE AI FABBISOGNI DI FLESSIBILITÀ E DI CONTINUITÀ DEL TRATTAMENTO DEL DGP?**

#### **3.1 INTRODUZIONE**

Le acquisizioni sulla longitudinalità dei GDP nel corso dell'intero arco biografico, indicano l'utilità di sviluppare una visione di lungo termine del trattamento. All'interno di tale visione, la prospettiva temporale fa da filo conduttore della successione di eventi terapeutici appropriati, e della necessaria configurazione organizzativa dei servizi che ne sono responsabili. Le conoscenze in materia di epidemiologia, di psicopatologia, di evoluzione naturale delle dimensioni psicologiche, e le acquisizioni sull'efficacia dei trattamenti specifici, possono contribuire a identificare i valori, le competenze e i livelli di integrazione tra servizi necessari a rispondere ai fabbisogni specifici dei portatori dei DGP. Dal punto di vista psicopatologico i DGP sono caratterizzati dall'abnorme espressione di specifiche dimensioni psichiche. Si associano ad elevata comorbilità con disturbi psichiatrici di Asse I, malattie organiche derivanti da comportamenti dirompenti o disfunzionali (incidenti stradali, promiscuità sessuale, episodi di violenza). Gli esiti dei trattamenti mettono in evidenza, l'efficacia degli interventi psicosociali, asse portante del progetto di cura. Le psicoterapie, individuali o di gruppo, si dimostrano efficaci per l'acquisizione di competenze interpersonali e per favorire processi di maturazione intrapsichica. La configurazione organizzativa deve quindi, innanzitutto, essere in grado di facilitare l'accesso, essere compatibile con il tipo di contratto terapeutico che si istituisce con pazienti che conservano integro l'esame di realtà, ad eccezione di possibili episodi psicopatologici transitori, e, di conseguenza, la propria autonomia.

L'osservazione del decorso longitudinale descrive il quadro del Disturbo Borderline di Personalità come condizione psicopatologica moderatamente stabile, soprattutto negli aspetti di tipo affettivo, che si associa a manifestazioni comportamentali intermittenti, prevalentemente espressione di conflitti interni o di tipo relazionale. La prognosi relativamente favorevole del disturbo, si associa a due aspetti che denotano in maniera specifica il carico di questa patologia: l'elevato tasso di suicidalità e la prospettiva di uno scarso funzionamento sociale, che non si estingue a seguito del miglioramento dei sintomi, ma anzi tende a peggiorare nell'età avanzata. È difficile affermare quanto il miglioramento sintomatologico sia spontaneo, coadiuvato dall'autoriflessione e dall'apprendimento, o legato al successo delle terapie. Le evidenze di efficacia di alcuni interventi specifici suggeriscono che le terapie siano utili, soprattutto nella risoluzione degli aspetti sintomatologici di stato, ed in particolare quelli connessi al discontrollo degli impulsi. Ma è evidente che gli scopi del trattamento vanno oltre gli obiettivi di semplice contenimento della sintomatologia. Si concentrano sullo sviluppo di una rete di protezione finalizzata a coadiuvare il paziente, e la sua famiglia, nella riduzione dei rischi specifici connessi al disturbo nucleare, primo fra tutti la suicidalità, ma anche l'abuso di sostanze, la conflittualità e la promiscuità sessuale. L'obiettivo strategico del trattamento deve essere quello di condurre indenni questi pazienti verso l'età in cui l'enfasi del disturbo si stempera, nello stesso tempo operando per garantire e promuovere il ruolo sociale.

Nel dettare le priorità del progetto terapeutico e la progressione degli interventi, si inserisce la variabile della compliance al trattamento. Nella cura dei pazienti con DGP, i servizi devono saper coniugare in uno schema unico, l'identificazione delle priorità (strategie complessive di medio lungo periodo o comportamenti potenzialmente interferenti con la terapia) con gli obiettivi delle fasi

di terapia (farmacologica e psicoterapeutica), inserendo il progetto in uno schema di relazione con il paziente rispettoso della sua autonomia e proteso ad elicitare collaborazione e responsabilizzazione.

Le conoscenze acquisite sul decorso dei Disturbi Gravi di Personalità suggeriscono la consistenza di alcune condizioni che devono caratterizzare l'organizzazione dei servizi, affinché sia possibile erogare trattamenti efficaci misurati sugli esiti del medio – lungo periodo. Alcuni tratti caratteristici dei DGP hanno antecedenti specifici nell'ADHD (Disturbo dell'attenzione con iperattività) o in anomalie dimensionali del carattere riscontrabili precocemente. La continuità tra la Neuropsichiatria Infantile e i servizi per gli adulti è un elemento di fondamentale rilievo per anticipare il riconoscimento e il trattamento. Governare questi percorsi rendendoli armonici e comunicanti, creare le premesse perché siano superate le barriere e le divisioni imposte al tracciato dei pazienti da una organizzazione dei servizi che riflette la categorialità delle diagnosi, ma stenta ad interpretare le comorbidità e i continuum, è una necessità per il trattamento dei DGP.

Il secondo elemento che emerge dalla letteratura è che i pazienti con DGP sono caratterizzati da alcune dimensioni di tratto nucleari, prima tra tutte quella dell'instabilità affettiva sulle quali si inseriscono sintomi specifici transitori, cognitivi e comportamentali, ed altre condizioni diagnostiche di asse I.. Sui tre aspetti della psicopatologia dei DGP (patologia di tratto, patologia di stato e comorbidità) occorre avere velocità diverse e reagire con interventi appropriati. L'impiego delle psicoterapie standardizzate si è rivelata efficace nel ridurre l'impulsività e migliorare le prestazioni cognitive riducendo le distorsioni cognitive. Le terapie farmacologiche sono efficaci sulle condizioni di stato e sulle comorbidità, ma, di nessuna utilità nel ridurre i cronici sentimenti di vuoto. Questi interventi non vanno declinati a spot, ma inseriti in una matrice di continuità flessibile e porosa, che può legare il paziente ai servizi anche per molti anni consecutivi, con o senza interruzioni. Il progetto terapeutico deve essere concepito per fasi, con obiettivi definiti e misurabili, e differenziando l'intensità e la durata dei trattamenti in funzione dei bisogni e della volontà del paziente. Ai servizi è richiesto un atteggiamento flessibile e di lavorare monitorando i risultati parziali del trattamento.

Il terzo elemento che deve informare la struttura della configurazione organizzativa dei servizi per i DGP deriva dalle osservazioni sul decorso longitudinale. La prognosi a distanza è spesso favorevole, almeno per la diagnosi categoriale, nel corso della 4° decade quasi sempre la psicopatologia si riduce e il disturbo va in remissione. Ma questo dato clinico è distonico con il funzionamento sociale che rimane basso. Sostenere i pazienti sul piano sociale con programmi di inserimento lavorativo è di fondamentale importanza nella prospettiva del miglioramento della qualità di vita e delle possibilità di emancipazione esistenziale che devono accompagnarsi alla riduzione della sintomatologia clinica

### **3.2 LA LINEA GUIDA NICE (CAPITOLO 8)**

I Disturbi di Personalità costituiscono una sfida importante per il SSN in quanto le evidenze sulle quali basare lo sviluppo dei servizi sono scarse. Principi di carattere generale, basati sulle opinioni di esperti, forniscono un utile approccio sul modo in cui occorre lavorare sui DP, e suggeriscono in generale come i Servizi di Salute Mentale possano lavorare in maniera più efficace sui DP. Tuttavia la ricerca condotta in questo settore si è concentrata su specifici trattamenti e non sulla configurazione o l'organizzazione di un servizio. Per risolvere questo problema il Dipartimento di Sanità in Inghilterra ha fondato un certo numero di servizi dedicati al trattamento dei DP e ha promosso e commissionato la ricerche finalizzate ad identificare i fattori organizzativi e terapeutici

che gli utilizzatori e i provider considerano di alta qualità (Crawford, M., et al., 2007). La lezione appresa dalla valutazione di questi servizi ha suggerito che a causa della complessità dei DP la maggior parte dei servizi dovrebbero offrire una molteplicità di interventi, impegnarsi per favorire la partecipazione attiva degli utenti, fare proprio un modello teorico coerente per la comprensione dei DP, possedere chiari ed efficaci sistemi di comunicazione, assicurare le funzioni di valutazione diagnostica e di gestione delle crisi.

La LG mette insieme questi principi e fornisce le raccomandazioni per lo sviluppo della configurazione organizzativa dei servizi. E' stata realizzata una review sistematica delle evidenze disponibili sull'argomento, e, ove possibile, vengono presentate le evidenze che possono aiutare i gestori e sostenere i clinici nel massimizzare l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti e minimizzare gli effetti negati dei singoli trattamenti. Il capitolo comincia riportando le evidenze sul trattamento a medio e lungo termine dei pazienti con disturbo borderline. Viene descritto un percorso per i DP simile a quello presentato in altre LG, dal momento che segue gli stessi principi del modello della Stepped Care e della cura per i disturbi cronici (rappresentati nelle LG per la depressione e per il Disturbo Bipolare). Come descritto altrove, il modello della Stepped Care raccomanda di offrire l'intervento meno restrittivo e meno costoso per la domanda di salute posta a livello individuale (Davison, G.C., 2000). Il modello di Cura della cronicità richiede cooperazione e sinergie tra i livelli primario e secondario dei servizi.

### 3.2.1 Il ruolo dei servizi specialistici.

Al fine di formulare raccomandazioni sul ruolo dei servizi specialistici per le persone con DBP il GDG ha posto due quesiti:

- 1) Che tipo di servizi massimizzano l'efficacia e la sicurezza e minimizzano gli effetti negativi dei trattamenti sul medio lungo periodo?
- 2) Qual è il ruolo specifico dei servizi specialistici nella gestione clinica di medio lungo periodo per le persone con DBP?

La ricerca più appropriata per fornire una risposta ai quesiti su esposti è basata sugli Studi Randomizzati Controllati (RCT), ma dal momento che per molti approcci terapeutici non sono tuttora disponibili fonti di letteratura primarie, sono state trattate anche le ricerche non controllate.

### 3.2.2 Il percorso di Cura

*“Il Percorso di cura è stato sviluppato sulla base del consenso tra esperti, in quanto non sono state rinvenute fonti primarie su questo argomento. Una questione ritenuta centrale nello sviluppo dei servizi per i DP, è il supporto fornito agli operatori. Per questo motivo il GDG ha considerato il quesito “come possono essere meglio supportati i professionisti che lavorano con i DP?”. Questo aspetto è stato affrontato con una metodologia di consenso ed è discusso e presentato nella sezione equipe e comunicazione” - della LG NICE.*

### 3.2.3 Principi di carattere generale che devono essere considerati nel rapporto di cura dei DBP

*Le esperienze delle persone con DBP, delle loro famiglie, dei professionisti impegnati nel loro trattamento, suggerisce che oltre il tipo di intervento tecnico che viene proposto è importante il modo in cui questo è offerto. I principi di carattere generale che vengono di seguito presentati sono orientati a promuovere una relazione terapeutica costruttiva, a bilanciare gli sforzi per soddisfare i bisogni di una persona con un atteggiamento teso a sviluppare l'auto efficacia. Questi principi sono importanti nei servizi di tutti i livelli (primario, secondario e terziario).*

#### **Partecipazione Attiva.**

*Le persone con DPB spesso trovano difficile far fronte alle proprie crisi e rivolgono la domanda di aiuto ad altre persone affinché si occupino dei loro problemi. Assecondando questa dinamica, i professionisti coinvolti possono sentirsi responsabili di indicare le soluzioni ottimali per il superamento della crisi, e così facendo minano le potenzialità di sviluppo dell'autonomia e della capacità di scelta di questi pazienti. Pertanto è molto importante cercare di assicurare la partecipazione attiva dei pazienti nella ricerca delle soluzioni anche nel corso degli stati di crisi.*

#### **Presupposto di capacità**

*Mentre le persone con DBP possono fare enorme fatica nel compiere scelte informate e consapevoli, soprattutto nelle fasi di crisi, gli sforzi compiuti dai professionisti per indurre le soluzioni che considerano migliori possono limitare lo sviluppo dell'autoefficacia. Per questa ragione è necessario incoraggiare i pazienti e i loro familiari a ragionare sulle diverse opzioni di scelta e riflettere sulle conseguenze di ciascuna di esse.*

#### **Essere coerenti ed affidabili**

*Le persone con DBP possono provare difficoltà nell'instaurare relazioni di fiducia, anche a causa di pregresse esperienze di trascuratezza ed abuso. Perciò è essenziale un approccio coerente dei terapeuti ed è basilare per instaurare una relazione efficace. Mostrarsi affidabili facendo ciò che si dichiara, ed evitare false promesse ed assicurazioni, può aiutare a sviluppare fiducia, contenere l'ansia e supportare lo sviluppo di una relazione terapeutica. Di contro, cambiare spesso le condizioni in cui si offrono i servizi o gli operatori i riferimento può comportare conseguenze negative sul funzionamento mentale delle persone con DBP.*

#### **Equipe e comunicazione.**

*Molte persone con DBP cercano di affrontare le proprie difficoltà interpersonali estremizzando la rappresentazione delle persone, considerandole a tratti degne del massimo di fiducia per poi sentirsi traditi dalla loro inaffidabilità. Questo meccanismo scissionale può inficiare l'attività terapeutica quando molteplici figure professionali sono impegnate sullo stesso programma di cura. La regolare comunicazione tra coloro che forniscono prestazioni e trattamenti ai pazienti è necessaria per assicurare coerenza ed efficacia. Le persone con DBP sono sfidanti sotto il profilo emotivo e determinano intense reazioni controtransferali nei terapeuti. Su questa base si possono creare contrasti all'interno dell'equipe che conducono ad atteggiamenti di ipercritica incrociata. In queste circostanze la leadership dell'equipe è essenziale. La leadership è data piuttosto che assunta in conseguenza del ruolo ricoperto. Le qualità di un buon leader non sono specifiche per tutti i gruppi professionali. La leadership richiede una volontà di investitura chiara e sicura nei confronti della figura professionalmente rilevante che si assume la responsabilità di esercitare una*

funzione guida. La naturale tendenza dei membri dell'equipe a fornire un contributo individuale porta alla necessità di processi decisionali basati sulla condivisione a riguardo delle strategie terapeutiche, come della gestione del rischio o delle scelte riguardanti formazione e supervisione.

### **Aspettative realistiche**

Le persone con DGP tendono a sperimentare un miglioramento graduale e lento della sintomatologia. Perciò aiutare i fruitori dei servizi ad impostare un insieme di obiettivi realistici a breve termine, integrati e coerenti con gli obiettivi di lungo termine, consente di mostrare che il cambiamento è possibile. Alla stessa maniera anche i professionisti devono saper accettare la lentezza e la gradualità dei cambiamenti.

## **3.3 ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 1 DEL CS.**

### **3.3.1 Quesito 1**

Il quesito formulato dal CS sul tema della configurazione generale dei servizi è il seguente:

**“Quale è la configurazione generale dei servizi più funzionale ai fabbisogni di flessibilità e di continuità del trattamento Disturbi Gravi di Personalità? Quali sono gli interventi più efficaci?”**

*Box 1.1 I sotto quesiti della linea guida NICE che corrispondono al quesito n. 1 del CS*

*In considerazione degli esiti di lungo termine, quale tipologia di servizio risulta più idonea per la conduzione di specifici trattamenti per le persone con Disturbi di Personalità Borderline nel massimizzare l'efficacia e la sicurezza e minimizzare le conseguenze negative? (per esempio day hospital, strutture ospedaliere, strutture residenziali, Comunità Terapeutiche, programmi di cura territori intensivi, programmi di cura di equipe o individuali, ospedalizzazione parziale).*

*(7a) Qual'è il ruolo dell'ospedale (per acuti e di tipo forense) nella gestione delle persone con Disturbo Borderline di Personalità?*

*(7b) Qual è il ruolo dei servizi specialistici (incluso il trattamento territoriale) nella gestione di medio lungo periodo delle persone con Disturbo Borderline di Personalità?*

*(7c) Il trattamento di lungo termine residenziale è efficace nel trattamento del Disturbo Borderline di Personalità?*

*(7d) Ci sono terapie specifiche adatte a setting particolari?*

*(7e) Quale può essere il contributo professionale proveniente da altri setting e servizi sanitari nella cura delle persone con Disturbo Borderline di Personalità? (Medicina Generale, Centri Crisi, Dipartimenti di Emergenza).*

*(8) Come possono interfacciarsi le strutture del SSN, tra di loro e con strutture appartenenti ad altri sistemi, nella cura delle persone con Disturbo di Personalità Borderline? (inclusa la transizione dai servizi per l'adolescenza a quelli per l'età adulta).*

### **3.4 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE RELATIVE AL QUESITO 1 DEL CS.**

#### **3.4.1 Principi Trasversali**

*Box 1.2 Raccomandazioni LG NICE Quesito1 CS*

### Accesso ai Servizi

Le persone con Disturbo Borderline di Personalità non devono essere escluse dall'accesso ai servizi sanitari per via della loro diagnosi o dei loro comportamenti autolesionistici. I giovani con una diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, o con sintomi e comportamenti suggestivi di questa diagnosi, devono avere piena accessibilità all'insieme dei trattamenti dei servizi raccomandati da questa Linea Guida all'interno dei servizi di Salute Mentale per l'infanzia e l'adolescenza. Assicurare che le persone con Disturbo Borderline di Personalità appartenenti alle minoranze etniche abbiano eguali condizioni ed opportunità di accesso a servizi culturalmente appropriati sulla base dei fabbisogni clinici.

Quando il linguaggio è di ostacolo per l'accesso e l'aggancio ai Servizi per le persone con Disturbo Borderline di Personalità, occorre fornire:

- informazioni nella loro propria lingua di scelta ed in un formato fruibile;
- trattamenti psicologici o altri interventi nella loro propria lingua di scelta;
- interpreti indipendenti.

### Autonomia e Scelta

10.3.1 Lavorare in partnership con le persone con Disturbo Borderline di Personalità per sviluppare e promuovere autonomia rispettando le due seguenti modalità:

- assicurare che siano coinvolti attivamente nella ricerca delle soluzioni per i loro problemi, anche nel corso delle crisi;
- incoraggiarli a considerare le diverse opzioni trattamentali, le diverse possibilità di vita disponibili e le conseguenze delle possibili scelte adottate.

8.5.3.2 I professionisti che lavorano sul Disturbo Borderline di Personalità dovrebbero essere sottoposti a una verifica annuale sulla loro tolleranza e sensibilità nei confronti dei pazienti che rappresentano un rischio per se stessi e/o per altri. Questa azione dovrebbe essere attuata regolarmente ogni anno, o più spesso se i pazienti sono ad alto rischio.

### Sviluppare una relazione fondata su ottimismo e fiducia.

Quando si lavora con le persone con Disturbo Borderline di Personalità occorre:

- affrontare le diverse opzioni di trattamento in un'atmosfera di fiducia ed ottimismo, spiegando che la guarigione è possibile e può essere raggiunta;
- costruire una relazione basata sulla fiducia, lavorare in modo trasparente, non giudicante, affidabile e coerente.
- considerare sempre quando si attiva un trattamento, che molte persone possono avere avuto esperienze di rifiuto, abuso, trauma e possono aver conosciuto lo stigma spesso associato

all'autolesionismo e alla diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità.

### **Coinvolgere i familiari**

Chiedere direttamente se le persone con Disturbo Borderline di Personalità desiderano che i propri familiari siano coinvolti nel processo di cura e sottoposti al consenso informato e al rispetto della riservatezza.

- incoraggiare i familiari a partecipare al percorso di cura
- assicurare che il coinvolgimento delle famiglie non conduca al ritiro dal percorso di cura o ad un ostacolo per l'accesso ai trattamenti;
- informare i familiari a riguardo delle opportunità di sostegno informale presenti livello locale.

I professionisti dei Servizi di Salute Mentale per l'infanzia e l'adolescenza devono:

- bilanciare lo sviluppo di autonomia e capacità dei giovani con le responsabilità dei genitori;
- avere conoscenza delle norme e delle leggi sui minori e in particolare con il Mental Capacity Act, the Children Acts and the Mental Health Act.

### **Gestire le conclusioni e accompagnare le transizioni**

4 Anticipare che il termine dei trattamenti o il distacco dai servizi, o le transizioni da un servizio verso un altro, possono comportare forti reazioni emotive nelle persone con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità.

Assicurare che:

- tali cambiamenti siano preparati e discussi approfonditamente con le persone interessate e i loro familiari e siano strutturati e proceduralizzati;
- il piano di cura possa contare su livelli di collaborazione efficace tra i servizi al momento delle cessazioni e delle transizioni, e sia prevista la possibilità di accesso in condizioni di emergenza;
- una persona inviata per una valutazione ad altri servizi (anche per trattamenti psicologici), sia opportunamente supportata durante il periodo della consulenza e che le modalità della stessa siano stati concordati in precedenza con l'utente.
- i professionisti dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza e quelli dei servizi per gli adulti devono lavorare collaborativamente per minimizzare ogni potenziale effetto negativo della transizione degli utenti al raggiungimento dell'età adulta.
- Continuare il trattamento presso i servizi per l'infanzia e l'adolescenza se vi è la prospettiva di una conclusione del trattamento nel medio periodo, evitando che avvenga il

passaggio al compimento del 18° anno.

#### 4.1.1 Primary Care

##### *Box 1.3 Raccomandazioni LG NICE Quesito 1 CS*

8.5.5.1 Se una persona presenta o riporta nei setting della Primary Care comportamenti auto distruttivi, comportamenti ad alto rischio, o marcata instabilità emozionale, deve essere inviata ai Servizi di Salute Mentale territoriali per una valutazione clinica. Se la persona ha meno di 18 anni deve essere inviata ai servizi per l'adolescenza.

8.5.6 Quando una persona cui è stato già diagnosticato un DBP si presenta in un setting di Medicina Generale in condizioni di crisi, occorre:

- stabilire l'attuale livello di rischio per se e per altri;
- esplorare i precedenti episodi di crisi e le strategie di gestione della crisi risultate efficaci nel passato;
- supportare la gestione dell'ansia sostenendo le competenze di coping a favorendo la loro applicazione al problema presente;
- incoraggiare i pazienti nell'identificare cambiamenti realistici che possono favorire la soluzione del problema presente;
- Dare un appuntamento a breve distanza per verificare la soluzione del problema.

8.5.7.1 Considerare di inviare una persona con disturbo borderline di personalità in crisi ad un servizio di salute mentale quando:

- i livelli di stress negativo e/o il rischio per sé stessi e per altri sia elevato;
- il livello di stress negativo e/o il rischio per sé stessi per altri non sia diminuito nonostante gli sforzi per ridurre l'ansia e incrementare le competenze di coping;
- c'è una richiesta esplicita di maggior e diverso aiuto da parte di un servizio specialistico.

#### **Dimissione verso i Servizi di Medicina Generale**

Quando si dimette una persona con Disturbo Borderline di Personalità da un servizio specialistico secondario verso un servizio primario, il processo va discusso con l'utente, e, quando possibile, con i suoi familiari. Concordare un piano di cura che specifichi i passi necessari per affrontare le condizioni di stress, come affrontare le possibili future crisi, e come ristabilire il contatto con i servizi di salute mentale quando necessario. Informare il General Practitioner (Medico di Medicina Generale).

#### 4.1.2 Valutazione diagnostica e trattamento da parte dei servizi di salute mentale

*Box 1.4 Raccomandazioni LG NICE Quesito 1 CS*

## Valutazione diagnostica

10.3.1.1 I servizi di salute mentale (equipe territoriali, altri servizi territoriali e servizi di secondo / terzo livello Salute Mentale dell'Infanzia e dell'Adolescenza) dovrebbero occuparsi della valutazione di routine, del trattamento e della gestione delle persone con disturbo borderline di personalità.

10.3.1.2 Quando viene fatta una valutazione diagnostica di una persona con un possibile disturbo borderline di personalità in un servizio di salute mentale, devono essere valutati:

- Il funzionamento psicosociale e occupazionale, le strategie di coping, i punti di forza e le debolezze.
- La comorbilità per altri disturbi mentali e i problemi sociali.
- Il bisogno di un trattamento psicologico, di un supporto e sostegno sociale ed occupazionale
- I bisogni dei figli a carico.

## Progetto di cura

10.3.2.1 L'equipe che lavora con persone con disturbo borderline di personalità dovrebbe sviluppare un progetto di cura multidisciplinare in collaborazione con i pazienti (e i loro familiari, quando d'accordo con la persona). Il progetto di cura dovrebbe:

- Identificare chiaramente i ruoli e le responsabilità di tutti i professionisti della salute mentale e sociale coinvolti.
- Identificare degli obiettivi a breve termine del trattamento e specifici steps che la persona e gli altri dovrebbero tentare di raggiungere.
- Identificare degli obiettivi a lungo termine, inclusi quelli lavorativi ed abitativi che la persona dovrebbe cercare di raggiungere, che dovrebbero sostenere le strategie del trattamento a lungo termine; questi obiettivi dovrebbero essere realistici e legati agli obiettivi a breve termine del trattamento.
- Sviluppare un piano per la gestione della crisi che identifichi i potenziali fattori che scatenano la crisi, specificare le strategie di autogestione che possano essere efficaci e definire l'accesso ai servizi (incluso una lista di numeri di telefono di supporto e di aiuto centri crisi e servizi H24) quando le strategie di autogestione non sono sufficienti.
- Condividere il piano con il MMG e con l'utente.

10.3.2.2 l'equipe dovrebbe utilizzare il **CPA** quando la persona con disturbo borderline di personalità è abitualmente o frequentemente in contatto con più di un servizio di cura di secondo livello. Questo è particolarmente importante se ci sono difficoltà di comunicazione fra i servizi e il paziente o fra i professionisti dei diversi servizi.

## Dimettere ad un servizio di cure primario

10.3.9.1 Quando una persona con disturbo borderline di personalità viene dimessa da un servizio di cura secondario ed affidata ad un servizio di cura primario, il processo deve essere discusso con la persona stessa e laddove possibile con i suoi familiari prima che avvenga. Ci deve essere un accordo su un progetto di cura che specifichi i passi che possono essere fatti per cercare di gestire lo stress, come affrontare le future crisi e come ricontattare i servizi di salute mentale qualora si rendesse necessario. Informare il GP.

#### 4.1.3 Organizzazione e Pianificazione dei Servizi: Il ruolo dei Servizi Specialistici per i Disturbi di Personalità in seno ai Trust

##### Box 1.5 Raccomandazioni LG NICE Quesito 1 CS

I servizi di salute mentale dovrebbero sviluppare un'equipe multidisciplinare e/o servizi dedicati alle persone con disturbi di personalità. Queste équipe dovrebbero maturare una esperienza specifica nella diagnosi e nel trattamento del disturbo borderline di personalità e dovrebbero:

- Fornire un servizio di valutazione e di trattamento specifici per persone con disturbo borderline di personalità che hanno bisogni particolari e complessi e/o presentano livelli di rischio elevati.
- Fornire una consulenza e un sostegno ai servizi di cura primari e secondari
- Offrire un servizio di diagnosi qualora i servizi di salute mentale avessero dei dubbi diagnostici e/o di gestione del disturbo borderline di personalità
- Sviluppare un sistema di comunicazione e dei protocolli per la condivisione delle informazioni fra diversi servizi, inclusi quelli legali, e collaborare con tutti i servizi più importanti del territorio inclusa la medicina, la salute mentale, i servizi sociali, il sistema della giustizia, i Servizi di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza e il volontariato.
- Essere in grado di informare o attivare gli interventi sociali o psicologici, compresi il supporto dei pari, e informare sul corretto utilizzo della terapia farmacologica nei periodi di crisi e per le comorbidità o l'insonnia.
- Lavorare con i Servizi di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza per sviluppare protocolli locali per gestire le transizioni dei giovani ai servizi di salute mentale adulti
- Assicurarsi che vengano stabiliti e mantenuti canali di comunicazione chiari fra i servizi di cura primari e secondari
- Partecipare, sostenere e supportare a livello locale e nazionale lo sviluppo del trattamento del disturbo borderline di personalità, anche attraverso ricerche multicentriche.
- Soprintendere l'implementazione di questa linea guida
- Sviluppare programmi di formazione sulle procedure diagnostiche e sul trattamento del disturbo borderline di personalità e l'implementazione di questa linea guida (vedi 10.5.1.2)
- Monitorare lo sviluppo di servizi per le minoranze etniche per assicurare la qualità dei servizi erogati.
- L'ampiezza e il tempo dedicato da queste équipe dipende dalle caratteristiche locali (per esempio, l'ampiezza del servizio, la popolazione coperta e le stime della popolazione con disturbo borderline di personalità).

10.5.1.2 L'equipe specialistica dovrebbe sviluppare ed avviare un programma di formazione sulla diagnosi e il trattamento del disturbo borderline di personalità e l'implementazione generale di questa linea guida per i servizi di salute mentale, i servizi sociali, i medici di medicina generale e forense, e gli altri professionisti che hanno contatti con persone con disturbo borderline di personalità. I programmi dovrebbero contenere anche dei riferimenti sul problema dello stigma e la discriminazione a cui le persone con disturbo borderline di personalità vengono sottoposte

10.5.1.3 I servizi specialistici per i disturbi di personalità dovrebbero coinvolgere le persone con disturbi di personalità ed i loro familiari nella programmazione dello sviluppo del servizio e nella condivisione delle informazioni fra i servizi. Con una formazione adatta e il supporto, le persone con disturbo borderline di personalità possono aiutare i servizi, come training per i professionisti, come istruzione per altri pazienti e familiari e facilitare i gruppi di supporto fra

pari.

## 4.2 ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE SUCCESSIVA ALL'AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012)

E' stato effettuato un aggiornamento della letteratura internazionale utilizzando la stessa metodologia di ricerca della Linea Guida NICE ed estendendo il periodo fino a aprile 2012. Nel periodo ottobre 2011 – aprile 2012 sono stati reperiti 175 articoli. Gli abstracts di tali articoli sono stati successivamente esaminati, in modo indipendente, da 2 ricercatori e sono stati selezionati 10 articoli rilevanti per l'organizzazione e la configurazione dei servizi.

### 4.2.1 Sansone RA, Farukhi S, Wiederman MW. Utilization of primary care physicians in borderline personality 181. *Gen.Hosp Psychiatry* 2011;33:343-6.

STUDIO OSSERVAZIONALE REROSPETTIVO. Evidenza 3.

Le persone con DBP utilizzano fortemente sia i servizi di medicina generale che quelli di salute mentale. Esiste poca letteratura sulla domanda e la fruizione dei primi (i servizi di medicina generale). In questo studio vengono esaminate le modalità di utilizzo della medicina fisica sull'ipotesi che i pazienti con diagnosi di DBP siano degli alti utilizzatori sia dei MMG che degli specialisti di medicina fisica. La metodologia dello studio si basa su un'osservazione prospettica di un campione di 389 pazienti estratti da un setting di medicina interna cui sono somministrati dei questionari self report che indagano la sussistenza di componenti del DBP (*the BPD scale of the Personality Diagnostic Questionnaire-4 and the Self-Harm Inventory*) e i contatti avuti negli ultimi 5 anni con i servizi di medicina internistica. I risultati hanno evidenziato differenze statisticamente significative all'interno del gruppo esaminato. I pazienti con DBP hanno mostrato un più elevato utilizzo sia dei MMG che degli specialisti di medicina interna. La sintomatologia borderline correla con un più alto ricorso ai medici; questi risultati possono essere interpretati sia come un riflesso dei processi psicopatologici specifici del disturbo sia come una generica modalità di sovra utilizzo dei servizi sanitari da parte di questi pazienti.

### 4.2.2 Coid J, Yang M, Bebbington P, Moran P, Brugha T, Jenkins R et al. Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. *Psychol.Med* 2009;39:1721-31.

STUDIO OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVO. Evidenza 3.

Questo studio indaga i fattori che inducono la richiesta di trattamento e condizioni di malfunzionamento sociale in un campione di persone con DBP. In particolare esamina se siano i sintomi specifici del DP oppure le comorbidità in asse I a determinare la richiesta di trattamento e il cattivo funzionamento sociale. Lo studio ha esaminato le associazioni indipendenti tra funzionamento sociale, utilizzo dei servizi, psicopatologia di Asse I e psicopatologia di Asse II. La metodologia dello studio è una inchiesta retrospettiva condotta su un campione di adulti di età compresa tra i 16 e i 74 anni (n=8397). I dati raccolti comprendono le consultazioni con professionisti della salute mentale e problemi comportamentali. Le diagnosi sono state determinate con interviste computer assistite. Le analisi includono la regressione logistica aggiustata per l'età, le sindromi comorbide in Asse I e altri disturbi in Asse II. I risultati illustrano che il 57,5 % delle

persone on DBP avevano avuto contatti di consultazione nel corso del precedente anno, ma solo il 13,4% una presa in carico psichiatrica nel corso di tutta la propria esistenza. Il DBP non era associato in modo indipendente con il malfunzionamento sociale, connesso, invece, a condizioni psicotiche, depressive o d'ansia in comorbidità. Il contatto con i MMG era dovuto a problemi indipendenti correlati con il DBP. In conclusione si afferma che le conseguenze funzionali del DBP sono mediati dalla coesistenza di altre patologie di Asse I, non dalla sintomatologia specifica di Asse II. Esiste un sottogruppo di pazienti con DBP che non ricerca trattamenti specialistici e ha un elevato funzionamento sociale.

**4.2.3 Goodman M, Patil U, Steffel L, Avedon J, Sasso S, Triebwasser J et al. Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr.Pract.* 2010;16:155-63.**

STUDIO OSSERVAZIONALE REROSPETTIVO. Evidenza 3.

Vi sono pochi dati in letteratura sull'utilizzo dei servizi in base alla differenze di genere. Questo studio consiste in un'inchiesta condotta mediante questionario on line per indagare le modalità iniziali e quelle successive di contatto con i servizi da parte di pazienti con DBP e la relativa soddisfazione dei familiari. I soggetti coinvolti erano familiari di pazienti con DBP che hanno risposto ad un questionario di 100 domande anonimo pubblicato sui internet. Dei 495 soggetti intervistati, ben 409 erano relativi a pazienti di sesso femminile solo 856 maschi. I risultati illustrano che l'utilizzo dei servizi era confrontabile nei due gruppi per la durata dei trattamenti, e per la tipologia dei setting (ospedale, programmi diurni, centri diurni). Molto diverso l'utilizzo di servizi di riabilitazione disintossicazione da alcool o droghe illegali che era molto più elevato presso i soggetti maschi. I maschi, inoltre, ricevevano meno trattamenti psicoterapici e riabilitativi estensivi, mentre il ricorso a trattamenti intensivi (ospedalizzazione) era simile nei due gruppi.

**4.2.4 Koekkoek B, van Meijel B, Schene A, Hutschemaekers G. Clinical problems in community mental health care for patients with severe borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal* 2009;45:508-16.**

LAVORO BASATO SUL CONSENSO TRA ESPERTI CON METODOLOGIA STRUTTURATA – DELPHY DUE. Evidenza 3.

L'obiettivo di questa ricerca è identificare i problemi comuni dei pazienti con DBP che non seguono percorsi dedicati specialistici. Un gruppo di 8 esperti (n=8) ha partecipato ad una procedura Delphy in 4 fasi per identificare e prioritarizzare questi problemi. Sono stati portati in luce 36 problemi distinti in 5 categorie: (1) relativi al paziente; (2) relativi al professionista; (3) relativi all'interazione; (4) relativi al sistema socio relazionale; (5) relativi al sistema di cure nella salute mentale. Nell'ambito della prima categoria sono stati evidenziati i problemi di dipendenza; mentre per quanto riguarda i professionisti il problema più avvertito è la carenza di competenze specifiche. I problemi riscontrati nell'organizzazione dei servizi di salute mentale sono molti e importanti. Secondo gli esperti la maggior parte delle condizioni di appropriatezza degli interventi specifici sono assenti: è disattesa l'esigenza di un trattamento strutturato e di spazi e tempo dedicati per l'esame delle esperienze controtransferali e delle attitudini degli operatori.

**4.2.5 Soeteman DI, Verheul R, Delimon J, Meerman AMMA, Van Den EE, Rossum BV et al. Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster B personality disorders. *British Journal of Psychiatry* 2010;196:396-403.**

L'adozione delle raccomandazioni delle LG cliniche sono limitate da motivi di carattere economico. L'obiettivo di questo studio è una valutazione formale delle tre modalità prioritarie di psicoterapie per pazienti con Disturbi di Personalità del Cluster B. Lo studio analizza il possibile impatto sullo stato di salute e i costi relativi sostenuti per l'impianto delle tre principali modalità di erogazione delle psicoterapie (ambulatorio, day hospital e residenza – ospedale). Nello specifico viene utilizzato il modello di Markov per l'analisi economica delle decisioni ottimali, simulando la transizione di una coorte di pazienti del cluster B attraverso stati di salute mutualmente esclusivi basati sul trial SCEPTRE. Il modello è usato per stimare l'impatto di una tecnica di trattamento sullo stato di salute di un gruppo di pazienti. I probandi sono stati inseriti in 4 categorie di cambiamento definite sulla base delle variazioni della SCL 90 in seguito a trial di psicoterapia: in remissione (ricovered); migliorato; non modificato; deteriorato o ricaduto. È stato utilizzato, dunque, un modello probabilistico per stabilire il rapporto costo efficacia di pazienti ambulatoriali, in day hospital e ospedalizzati trattati con psicoterapia valutando il costo per paziente in remissione (recovery) anno e il costo per QALY (Quality Adjusted Life Years). Le analisi sono state condotte sia dal punto di vista della società (costi diretti e costi indiretti) che dell'ente pagatore (solo costi diretti). Dal punto di vista della società la scelta con il miglior rapporto costo efficacia oscilla tra i 12.274 euro per paziente in remissione anno per la psicoterapia in trattamento ambulatoriale o day hospital, e i 113.298 euro /anno per la psicoterapia in ospedalizzazione. In termini di costi per QALY la strategia ottimale varia tra i 56.325 euro e i 286.493 per QALY rispettivamente. Nella prospettiva dell'ente pagatore, la differenza era di 9.895 euro e 155.797 per paziente in remissione /anno e 43.427 euro contro 561.188 per QALY. In conclusione le psicoterapie offerte in regime di trattamento ambulatoriale e/o day hospital, sono i trattamenti ottimali per pazienti del cluster B.

**4.2.6 Pasieczny N., Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behav. Res Ther.* 2011;49:4-10.**

L'efficacia della DBT è stata verificata con diversi trial controllati in ambienti di ricerca. Questo studio esamina gli esiti del trattamento DBT adottato in una struttura pubblica di routine nei confronti di un gruppo di controllo composto da pazienti sottoposti al TAU estratti da una lista di attesa. Il campione è composto da 43 probandi DBT contro un gruppo non specificato TAU. Il programma DBT della durata di 6 mesi consisteva in sedute individuali (1 h) e di gruppo (2 h) settimanali e una riunione di supervisione (1.5 h). Inoltre veniva fornita la disponibilità telefonica del coaching. Dopo sei mesi di trattamento il gruppo DBT mostrava esiti superiori al TAU sui diversi indici di efficacia adottati: comportamenti auto lesivi, visite in pronto soccorso, periodi di ospedalizzazione. Lo studio ha inoltre evidenziato che i costi del trattamento sono stati nettamente inferiori per il gruppo DBT rispetto a quello TAU. La differenza dei costi è stata di una minore spesa media di 5.927 \$ australiani per paziente (equivalente di 4.773,7 euro). Considerando i 43 casi trattati e il periodo di 3 anni considerato, l'ammontare del risparmio rispetto al TAU è stato di 237.080 \$ australiani (equivalente di 190.950,4 euro).

- 4.2.7 **Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr.Pract.* 2009;15:163-72.**

Lavoro esclusivamente descrittivo che fa riferimento ad un precedente RCT. Evidenza 3.  
Questo lavoro presenta e descrive il modello HYPE (Helping Young People Early) sviluppato in Australia (Melbourne) un modello di intervento precoce di trattamento e prevenzione dei disturbi di personalità borderline in età adolescenziale (15 – 25 anni). Il modello HYPE si basa su un'equipe integrata che utilizza la psicoterapia cognitivo – analitica di Ryle (time limited), il case management, e l'intervento psichiatrico. Il modello HYPE è supportato da evidenze di efficacia presentate in un precedente studio, di seguito riportato.

- 4.2.8 **Andrew M. Chanen, Henry J. Jackson, Louise K. McCutcheon, Martina Jovev, Paul Dudgeon, Hok Pan Yuen, Dominic Germano, Helen Nistico, Emma McDougall, Caroline Weinstein, Verity Clarkson and Patrick D. Gorry Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. (2009) *Aust N Z J Psychiatry*; 43(5):397-408.**

STUDIO RANDOMIZZATO CONTROLLATO. Evidenza 1-2.

Lo studio confronta l'efficacia di un trattamento basato sulla terapia Cognitivo Analitica (CAT) di Ryle (fino a 24 sedute) con un approccio di buona pratica clinica (GCC) fornita all'interno di un modello integrato. Pazienti CAT e GCC di età compresa tra i 15 e i 25 anni sono stati confrontati dopo 24 mesi di trattamento. Erano stati randomizzati 86 pazienti e hanno risposto al follow up in 78 (CAT n=41; GCC n = 37). Tra i due gruppi non sono state osservate differenze significative in termini di outcome, salvo lievi evidenze che i pazienti CAT avessero un miglioramento più cospicuo. Si conclude che sia la metodologia CAT che GCC sono efficaci nel ridurre la sintomatologia da esternalizzazione in adolescenti con psicopatologia sub sindromica o sindromica del Disturbo Borderline di Personalità.

- 4.2.9 **Hermens ML, van Splunteren PT, van Den BA, Verheul R. Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatr.Serv.* 2011;62:1381-3.**

CROSS-SECTIONAL STUDY. Evidenza 3.

Questo studio si è posto due obiettivi principali: il primo è stato quello di determinare il gap esistente tra le cure effettivamente erogate ai pazienti con DBP e quelle raccomandate dalle linee guida cliniche di riferimento, il secondo è stato quello di identificare i fattori facilitati e le barriere esistenti nel processo di implementazione delle raccomandazioni nei Dipartimenti di Salute Mentale dei Paesi Bassi. Il primo obiettivo è stato perseguito raccogliendo dati in dieci dipartimenti, al fine di calcolare il numero e la proporzione di pazienti che hanno ricevuto una diagnosi e un trattamento ottimale (ovvero secondo quanto raccomandato dalle linee guida). Sui 422 records di pazienti con diagnosi di DBP analizzati, solo 315 contenevano i dati necessari, provenienti da sole sei organizzazioni incluse nello studio. Questi records evidenziano che la maggior parte dei pazienti hanno ricevuto una diagnosi iniziale corretta (media 85%), ma solo il 23% di questi ha ricevuto un trattamento psicoterapico come primo step di intervento. Per valutare i fattori facilitanti e le barriere all'implementazione delle linee guida sono stati condotti due serie di focus group, coinvolgendo almeno due professionisti clinici e due managers per ogni organizzazione coinvolta. La prima

barriera identificata è rappresentata dalla mancanza di psicoterapeuti qualificati che può aver contribuito al basso numero di pazienti sottoposti a tali trattamenti, e ai loro tempi ridotti, non rispondenti a quanto raccomandato dalle linee guida. Altre barriere percepite sono rappresentate dai limiti dei finanziamenti erogati e altre problematiche di tipo organizzativo che incidono sull'efficienza della struttura. Altro elemento riportato riguarda le caratteristiche del paziente, in particolare la sua tendenza a interrompere i trattamenti, senza concludere il percorso previsto, soprattutto se non vi è una sua condivisione e motivazione sullo stesso; sia la persona assistita che lo psicoterapeuta tendono a non concludere il trattamento se esso si prolunga nel tempo.

Gli autori concludono che, al fine di colmare il gap esistente tra ciò che effettivamente viene erogato per la cura e il trattamento dei DBP e ciò che dovrebbe essere garantito secondo le evidenze scientifiche disponibili, dovrebbero essere utilizzati percorsi clinico-assistenziali, che migliorano la qualità delle cure e l'efficienza.

#### **4.2.10 Burroughs T., Somervillè J. Utilization of Evidenced Based Dialectical Behavioral Therapy in Assertive Community Treatment: Examining Feasibility and Challenges. *Community Mental Health Journal* 2012.**

REVIEW. Evidenza 3.

I programmi di Assertive Community Treatment (ACT) sono utilizzati da tempo nel trattamento delle persone con patologie mentali gravi e croniche, ma negli ultimi anni si stanno estendendo anche a pazienti che presentano anche disturbi di personalità. In realtà l'efficacia dell'ACT in questi pazienti è ancora incerta, in particolare nelle persone con DBP. Gli autori hanno voluto esaminare il valore della DBT per gli individui con BPD nei programmi di ACT, valutandone la fattibilità di attuazione, gli ostacoli possibili alla sua implementazione, ed evidenziare aree per la ricerca futura. Gli autori sottolineano il valore della DBT nel trattamento dei DBP, e ritengono che i programmi di Assertive Community Treatment possano migliorare il trattamento di questi pazienti, solo in presenza di un chiaro quadro teorico di riferimento che aiuta ad affrontare i problemi comportamentali tipicamente presentati dai pazienti con disturbi di personalità. Infatti l'ACT, sia per struttura che per numero e tipologia di personale coinvolto, presenta le risorse necessarie al trattamento di questi disturbi, in particolare all'attuazione della DBT. Risulta necessaria una formazione specifica per l'applicazione di tutte le sue fasi, coinvolgendo tutti i membri dello staff. Sono state analizzate le possibili barriere amministrative e professionali che possono ostacolare il modello proposto. Ovviamente l'implementazione della DBT richiede comunque l'assegnazione di risorse, in particolare per la formazione specifica continua che è richiesta al mantenimento nel tempo delle competenze necessarie e al supporto agli operatori. Un elemento di forte criticità è rappresentato dal burnout che può favorire la resistenza all'adozione di nuove tecniche di trattamento da parte degli operatori. L'approccio di "squadra" che il modello richiede, rappresenta un importante componente strutturale, che può facilitare la sua sistematica implementazione e la crescita delle competenze dei professionisti. La ricerca futura dovrebbe essere orientata allo studio della prevalenza del DBP nelle popolazioni ACT, e di valutare l'efficacia di forme della DBT alternative a quella "classica".

#### **4.3 ANALISI DELLA LETTERATURA ITALIANA E INTERNAZIONALE NARRATIVA.**

Non necessaria.

**4.4 TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI**

Livello di evidenza	Tipo di evidenza (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
1-	<p>Andrew M. Chanen, Henry J. Jackson, Louise K. McCutcheon, Martina Jovev, Paul Dudgeon, Hok Pan Yuen, Dominic Germano, Helen Nistico, Emma McDougall, Caroline Weinstein, Verity Clarkson and Patrick D. Gorry Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. (2009) <i>Aust N Z J Psychiatry</i>; 43(5):397-408.</p>
2-	<p>Pasieczny N., Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. <i>Behav. Res Ther.</i> 2011;49:4-10.</p>
3	<p>Sansone RA, Farukhi S, Wiederman MW. Utilization of primary care physicians in borderline personality 181. <i>Gen. Hosp Psychiatry</i> 2011;33:343-6.</p> <p>Coid J, Yang M, Bebbington P, Moran P, Brugha T, Jenkins R et al. Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. <i>Psychol. Med</i> 2009;39:1721-31.</p> <p>Goodman M, Patil U, Steffel L, Avedon J, Sasso S, Triebwasser J et al. Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. <i>J Psychiatr. Pract.</i> 2010;16:155-63.</p> <p>Koekkoek B, van Meijel B, Schene A, Hutschemaekers G. Clinical problems in community mental health care for patients with severe borderline personality disorder. <i>Community Mental Health Journal</i> 2009;45:508-16.</p> <p>Soeteman DI, Verheul R, Delimon J, Meerman AMMA, Van Den EE, Rossum BV et al. Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster B personality disorders. <i>British Journal of Psychiatry</i> 2010;196:396-403.</p> <p>Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. <i>J Psychiatr. Pract.</i> 2009;15:163-72.</p> <p>Hermens ML, van Splunteren PT, van Den BA, Verheul</p>

	<p>R. Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. <i>Psychiatr.Serv.</i> 2011;62:1381-3.</p> <p>Burroughs T., Somervillè J. Utilization of Evidenced Based Dialectical Behavioral Therapy in Assertive Community Treatment: Examining Feasibility and Challenges. <i>Community Mental Health Journal</i> 2012.</p>
--	---

#### 4.5 ANALISI DEI FATTORI LOCALI OSTACOLANO O FAVORISCONO L'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DELLA LG (PIANI PER L'ACCESSO DEI DSM – DP – RER)<sup>4</sup>

RACCOMANDAZIONI	FATTORI LOCALI FACILITANTI	FATTORI LOCALI OSTACOLANTI
<b>Accesso ai servizi</b>	<p>Coinvolgimento Enti Locali e Associazionismo</p> <p>Accessi Facilitati tramite percorsi di prossimità</p> <p>Percorsi/programmi rivolti all'adolescenza</p>	
	<p>Centro per la salute della famiglia straniera</p> <p>Mediatori culturali</p> <p>Valutazione diagnosi rivolta a popolazioni immigrate</p> <p>Accesso facilitato per la popolazione straniera</p>	<p>Presenza sporadica di queste opportunità</p>
<b>Coinvolgimento dei famigliari</b>	<p>Collaborazione con le Associazioni di familiari</p> <p>Servizi di prossimità in collaborazione con le associazioni dei familiari</p> <p>Percorsi per famiglie problematiche</p> <p>Accessi dedicati per familiari con</p>	

<sup>4</sup> Azioni del DSM-DP per il Progetto regionale "Piano per l'accesso". Finanziamento DGR n. 1684/2010.

	dipendenze patologiche	
<b>Affrontare la conclusione del trattamento e supportare e transizioni</b>	Procedure e protocolli per il passaggio UONPIA, CSM e SERT che definiscono responsabilità, tempistica e documentazione.  Equipe di transizione	Debolezza e criticità delle interfacce tra le UU.OO del DSM - DP
<b>Il ruolo dei servizi specialistici per i disturbi di personalità all'interno delle cure primarie</b>	Micro-equipe specialistiche funzionali  Progetto Leggieri  Protocolli di interfaccia CSM; NPI, SERT e <ul style="list-style-type: none"> <li>• MMG</li> <li>• NCP</li> <li>• Strutture residenziali</li> <li>• Istituti penitenziari con accessi facilitati</li> </ul>	Dedicate ad altri disturbi, da estendere ai DP

#### 4.6 RACCOMANDAZIONI SULLA BASE DELLA LETTERATURA EB E / O METODOLOGIA DI CONSENSO

##### 4.6.1 Principi Trasversali

##### 4.6.1.1 Approccio relazionale teso all'empowerment della motivazione al trattamento

Nei nostri Servizi lavorare con persone con Disturbo Grave di Personalità significa molto spesso imbattersi in pazienti che, nonostante la manifesta realtà clinica e comportamentale, non ritengono le proprie condotte e i propri vissuti "problematici". Tale inclinazione difensiva, che si traduce in atteggiamenti di dolorosa "resistenza" al cambiamento, rende necessario posizionare l'offerta di aiuto al giusto livello di appropriatezza. Le equipe che lavorano con persone con Disturbi Gravi di Personalità dovranno favorire l'aggancio del paziente attraverso un approccio relazionale specificatamente rivolto al sostegno e all'empowerment del cambiamento realisticamente possibile.

##### 4.6.1.2 Autonomia e Scelta

*Lavorare in partnership con le persone con Disturbo di Personalità per sviluppare e promuovere autonomia rispettando le due seguenti modalità:*

- *assicurare che i pazienti siano coinvolti attivamente nella ricerca delle soluzioni per i loro problemi, anche nel corso delle crisi;*

- *incoraggiarli a considerare le diverse opzioni trattamentali, le diverse possibilità di vita disponibili e le conseguenze delle possibili scelte adottate.*

*I professionisti che lavorano sui Disturbi Gravi di Personalità devono partecipare ad una regolare supervisione assicurata nella forma di supervisione di equipe (vedi) al fine di favorire la coerenza e la coesione tra i diversi membri del gruppo.*

#### **4.6.1.3 *Sviluppare una relazione fondata su ottimismo e fiducia.***

*Quando si lavora con le persone con Disturbo Grave di Personalità occorre:*

- *affrontare le diverse opzioni di trattamento in un'atmosfera di fiducia ed ottimismo, spiegando che la guarigione è possibile e può essere raggiunta;*
- *costruire una relazione basata sulla fiducia, lavorare in modo trasparente, non giudicante, affidabile e coerente.*
- *considerare sempre, quando si attiva un trattamento, che molte persone possono avere avuto esperienze di rifiuto, abuso, trauma e possono avere conosciuto lo stigma spesso associato all'autolesionismo e alla diagnosi di Disturbo di Personalità.*

#### **4.6.1.4 *La sussidiarietà tra i diversi livelli di intensità di cura e il trattamento per fasi (stepped care).***

**Contrariamente a quanto si era ritenuto in passato, i DGP possono evolvere favorevolmente e i trattamenti hanno la potenzialità di accelerare i cambiamenti maturativi o comunque di renderli possibili. Molte volte i trattamenti specifici non sono attuabili o non vi sono le condizioni di adesione, e la motivazione necessaria, al programma terapeutico. I servizi continuano, anche in queste condizioni, ad operare con obiettivi parziali di tutela della salute, di gestione delle fasi critiche di stress, e di salvaguardia del ruolo sociale, mantenendo l'obiettivo generale di favorire lo sviluppo della motivazione e della compliance verso forme specifiche di trattamento. In questo senso il rapporto tra il paziente e il "servizio", che possono essere anche più servizi, si declina in una storia lunga, spesso di anni, in cui è necessario definire l'appropriatezza degli interventi rispetto alle diverse fasi evolutive del disturbo. In linea teorica sono applicabili modelli a "coda di topo", in cui a partire dalla diagnosi si sviluppa un programma di cura prima intensivo, successivamente orientato al trattamento psicoterapeutico e al follow up contenuto nell'arco di due anni. Questo assetto è solo parzialmente compatibile con il nostro quadro di riferimento, ove il rapporto di cura nei confronti delle patologie gravi è mandatario e dove le soglie di accesso ai trattamenti devono necessariamente essere tenute basse. Nel contesto italiano / regionale la configurazione ottimale è frutto dell'intersezione tra interventi terapeutici, sviluppo dell'empowerment individuale e reti sociali. I percorsi si sviluppano per fasi di trattamenti, scelti in base al principio di appropriatezza (minore invasività e minore costo) evitando deleghe indefinite nel tempo ed aspecifiche sui servizi.**

**Al fine di schematizzare le diverse e molteplici possibilità di evoluzione degli interventi per intensità di cura, si identificano due livelli principali che riguardano l'area sanitaria e l'area sociale:**

**Livello 1: Area Sanitaria: Medici di Medicina Generale; Area sociale: auto aiuto, associazionismo .**

**Livello 2: Area Sanitaria: Servizi Specialistici; Area sociale: inserimenti lavorativi; abitazione**

**Al primo livello si pongono gli interventi assicurati dalla rete dei servizi e che spesso hanno carattere di informalità. Il livello 1 della configurazione dei servizi è molto importante per le popolazioni giovani, con elevate comorbidità che possono essere individuate nei contesti di prossimità. Il contatto con gli spazi giovani, i servizi sociali degli Enti Locali, ma anche le attività strutturate dei servizi di prossimità delle Dipendenze Patologiche sono elementi specifici del contesto che favoriscono il riconoscimento precoce delle condizioni di maggiore gravità e possono essere di aiuto nella costruzione del percorso di trattamento dei Servizi Specialistici.**

**Il secondo livello è erogato dai servizi territoriali specialistici del DSM – DP e si articola in diverse possibilità di intensità di cura che oscillano tra il setting ambulatoriale e i setting semiresidenziale e residenziale. Premesso che questi ultimi due devono perdere definitivamente le caratteristiche di puro intrattenimento e le finalità abitative, possono essere considerati i luoghi ove si sviluppano i trattamenti di maggiore intensità terapeutica. Trattamenti destinati ad evolvere nel rapporto territoriale - ambulatoriale sullo sfondo della rete dei servizi del primo livello, sia di area sociale, quanto di area sanitaria.**

**In questa prospettiva è possibile descrivere due fondamentali tipologie di programmi:**

***Trattamento complesso:* la diagnosi è ottenuta con strumenti standardizzati; il paziente afferisce ad una psicoterapia individuale e / o di gruppo; la gestione psichiatrica prevede il trattamento farmacologico di supporto; l'equipe accede a programmi di formazione e di supervisione specifici. Questo intervento di maggiore intensità può essere sviluppato in tutte le tipologie di setting.**

***Gestione clinica esperta:* la diagnosi è di tipo clinico fenomenologico, la gestione clinica esperta assicura il trattamento (orientato all'incremento della motivazione al più appropriato trattamento psicoterapeutico disponibile). Il trattamento istituito nell'ambito della Gestione clinica esperta può essere conseguente ad un trattamento complesso, ed è a sua volta finalizzato alla dimissione e all'aggancio alle opportunità di auto aiuto e di inclusione proprie del livello 1.**

#### **4.6.1.5 Accesso ai Servizi**

***Le persone con Disturbi Gravi di Personalità non devono essere escluse dall'accesso ai servizi per via della loro diagnosi o dei loro comportamenti autolesionistici. I giovani con una diagnosi di Disturbo di Personalità, o con tratti patologici di personalità, devono avere piena accessibilità all'insieme dei trattamenti dei servizi raccomandati da queste linee di indirizzo all'interno dei servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche per l'infanzia e l'adolescenza.***

*Assicurare che le persone con Disturbo Grave di Personalità appartenenti alle minoranze etniche abbiano eguali condizioni ed opportunità di accesso a servizi culturalmente appropriati sulla base dei fabbisogni clinici, attraverso la mediazione culturale.*

#### **4.6.1.6 Funzione esperta Dipartimentale**

**I DSM – DP devono sviluppare una funzione esperta dedicata ai DGP. Queste funzioni, aventi una esperienza specifica nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi gravi di personalità, devono:**

- **Sviluppare ed avviare un programma di formazione sulla diagnosi e il trattamento dei DGP e l'implementazione generale di questa linea guida per i servizi di salute mentale, i servizi sociali, i medici di medicina generale e forense, e gli altri professionisti che hanno contatti con persone con disturbo grave di personalità. I programmi formativi devono contenere anche dei riferimenti sul problema dello stigma e la discriminazione a cui le persone con disturbo di personalità vengono sottoposte;**
- **Coinvolgere le persone con disturbi di personalità ed i loro familiari nella programmazione dello sviluppo del servizio e nella condivisione delle informazioni fra i servizi. Con una formazione adatta e di supporto, le persone con disturbo di personalità possono aiutare i servizi, come training per i professionisti, come istruzione per altri pazienti e familiari e facilitare i gruppi di supporto fra pari;**
- **Fornire valutazione e trattamento specifici per persone con disturbo grave di personalità che hanno bisogni particolari e complessi e/o presentano livelli di rischio elevati;**
- **Fornire una consulenza e un sostegno ai servizi di cura primari;**
- **Sviluppare un sistema di comunicazione e dei protocolli per la condivisione delle informazioni fra diversi servizi, inclusi quelli legali, e collaborare con tutti i servizi più importanti del territorio inclusa la medicina, la salute mentale, i servizi sociali, il sistema della giustizia, i Servizi di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza e il volontariato;**
- **Essere in grado di informare o attivare gli interventi sociali o psicologici, compresi il supporto dei pari, e informare sul corretto utilizzo della terapia farmacologica nei periodi di crisi e per le comorbilità;**
- **Partecipare, sostenere e supportare a livello locale lo sviluppo del trattamento dei DGP, anche attraverso ricerche multicentriche;**
- **Monitorare lo sviluppo di servizi per le minoranze etniche per assicurare la qualità dei servizi erogati.**

#### **4.6.1.7 Coinvolgere i familiari**

*Chiedere direttamente se le persone con Disturbo Grave di Personalità desiderano che i propri familiari siano coinvolti nel processo di cura e sottoposti al consenso informato e al rispetto della riservatezza.*

- *incoraggiare i familiari a partecipare al percorso di cura;*
- *assicurare che il coinvolgimento delle famiglie non conduca al ritiro dal percorso di cura o ad un ostacolo per l'accesso ai trattamenti;*
- *informare i familiari sulle opportunità locali di sostegno informale.*

## **5 QUAL È L'IMPORTANZA DELL'INTEGRAZIONE FUNZIONALE TRA I SERVIZI DI PSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E SERVIZI DI PSICHIATRIA DELL'ADULTO (COMPRESSE LE DIPENDENZE PATOLOGICHE) PER L'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO GRAVE DI PERSONALITÀ?**

### **5.1 INTRODUZIONE**

Il disturbo di personalità in età evolutiva rappresenta da un lato una realtà clinica presente e, spesso in adolescenza clinicamente rilevante, dall'altro lato, dal punto di vista nosografico, l'attuale sistema di codificazione dell'OMS (ICD-10) non prevede una attribuzione di questo quadro diagnostico se non dopo i 16-17 anni. Diversi studi americani (Kernberg P.F., 2000; Golombek H. et al., 1986), che hanno riportato che, se i Disturbi di Personalità venissero diagnosticati la loro prevalenza nel bambino o nell'adolescente sarebbe considerevole. Secondo orientamenti europei (NMHC, 1995) sempre più spesso infatti vengono descritti pattern di personalità durevoli già evidenti a partire dalla fine dell'età prescolare. Tali condizioni includono aggressività, strategie di coping rigide e attaccamento insicuro che possono evolvere in comportamenti persistenti nei bambini o in caratteristiche correlate a successivi disturbi. Tali sono: depressione, uso di droghe, comportamento antisociale. Oggi molti orientamenti concordano sulla possibilità di individuare i disturbi di personalità già a partire dall'età di latenza e ancora prima (Palacio Espasa F., 1996); in particolare negli ultimi anni sono stati condotti numerosi studi e ricerche sul funzionamento borderline in adolescenza (Kernberg O., 1978; Liotti G., 2006; Levi G., 2006; Bemporad J.R. 1982; Archer R.P., 1985) e molti altri. Secondo Levi G. et al. (2007), almeno la metà degli adulti con disturbi di personalità, ha presentato in età evolutiva o un disturbo di sviluppo, o un disturbo internalizzato oppure esternalizzato. Tra i bambini con disturbo di sviluppo e quelli con ADHD, si prevede che circa 1 su 3 possa sviluppare un disturbo di personalità, così come in bambini con disturbi ansiosi o depressivi è prevedibile che 1 su 4 possa andare incontro allo sviluppo di un disturbo di personalità. Alcuni studi attestano nella storia anamnestica di pazienti adulti con Disturbo Borderline di Personalità la presenza di autolesionismo fin dalla preadolescenza che sarebbe presente nel 32% dei casi ad una età media di 12 anni e nel 30% fra i 13 e 17 anni.

Numerosi contributi, (Satterfield J.H., 2007; Loney B.R. 2007; Kasen S., 1999; Helgeland M.I., 2005), concordano sul fatto che un disturbo del comportamento ed elevati livelli di iperattività siano fattori predittivi di successivi disturbi di personalità in adolescenza. In particolare, è opinione condivisa che i bambini con un disturbo della condotta siano maggiormente a rischio di manifestare disturbi esternalizzati, abuso di alcool e droghe e caratteristiche di impulsività. La presenza di una sintomatologia suggestiva di organizzazione borderline in adolescenza (Chanen A.M. et al., 2007), aumenta il rischio di uso di sostanze, di comportamenti violenti o di comparsa di disturbi più gravi, di tipo psicotico, in età adulta.

Questi studi hanno evidenziato la necessità di curare con grande attenzione la presa in carico e l'eventuale passaggio alla Psichiatria adulti, non solo per i ragazzi con diagnosi di disturbo di personalità, ma – data la difficoltà a porre diagnosi di DP in età evolutiva – anche ad altri quadri clinici di particolare gravità.

Dal punto di vista del trattamento vi è accordo che l'articolazione di un intervento terapeutico della patologia di personalità in età evolutiva importanza sia primariamente finalizzato al potenziamento delle funzioni residue e al superamento delle disabilità attive (Bleiberg E., 2004). E' infine necessario monitorare le situazioni di rischio e pianificare interventi terapeutici precoci e

sviluppati in accordo alle esigenze primarie dei bambini e adolescenti all'interno delle loro specifiche dimensioni di vita.

### 5.1.1 Integrazione funzionale fra Servizi: passaggio servizi infantili/adulti, necessità del progetto di cura.

In letteratura non è dedicato molto spazio al tema specifico dei disturbi di personalità dal punto di vista dell'integrazione fra servizi, ma è stato sviluppato con attenzione il tema generale del passaggio dei giovani adulti nei diversi servizi. *“Si intende per passaggio<sup>5</sup> quel periodo tra i 16 e i 25 anni di età, dove ha luogo la transizione dalla condizione di infanzia a quella di età adulta. I compiti tipici di questa fase comprendono la separazione dai genitori/figure di riferimento e la formazione di una identità da adulto. In questo periodo i giovani devono fronteggiare altri cambiamenti che si sovrappongono:*

- *Dalla scuola all'educazione post-scolastica, l'ambiente del lavoro o la disoccupazione.*
- *Dalla casa dei genitori/figure di riferimento all'indipendenza o alla convivenza.*
- *L'indipendenza finanziaria dai genitori e dalle figure di riferimento.*
- *Il passaggio verso la sessualità dell'adulto, la relazione con il partner o eventualmente la condizione di genitori.*

*Questo periodo di profondi cambiamenti ha un forte impatto psicologico sui giovani, che potrebbe portare ad una crisi della loro salute psichica e ad una conseguente richiesta di supporto e di intervento. Quindi sono stati proposti alcuni modelli di servizi per questa età specifica (Smith J.H., 2001).”*

Nella salute mentale gli utilizzatori dei servizi per giovani e i familiari spesso hanno prospettive, obiettivi di cura e di esito differenti da quelli dei Servizi. Inoltre, al compimento della maggiore età, non si è più obbligati a coinvolgere i genitori o i tutori nel trattamento per la supposta autonomia dell'utilizzatore “adulto” dei servizi. Le famiglie si sentono tagliate fuori dal processo di transizione e il loro coinvolgimento collaborativo riduce i rischi di distacco come pure la tensione dei tutori (Singh P., 2009). I giovani hanno difficoltà sociali e pratiche in aggiunta al disturbo mentale, le opportunità di collocamento in Gruppo appartamento, Comunità Terapeutica e quelle di sostegno abitativo, anche dal sul versante del mero supporto sociale, non sono sufficienti a coprire tutte le necessità. La preparazione pratica all'indipendenza è cruciale per chi perde l'assistenza familiare, e intraprende la ricerca di opportunità di lavoro e formative flessibili.

## 5.2 ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 2 DEL CS.

### 1.1.1 Quesito 2

Il quesito formulato dal CS sul tema dell'integrazione funzionale tra NPIA e Servizi per gli adulti è il seguente:

---

<sup>5</sup> Transition Protocol from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services – Plymouth NHS – Publication Date 15/1/2010.

**“Qual è l’importanza dell’integrazione funzionale tra i Servizi di Psichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza e Servizi di Psichiatria dell’Adulto (comprese le Dipendenze Patologiche) per l’efficacia del trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità?”**

*Box 2.1 I sotto quesiti della LG NICE che rispondono al quesito n.2 del CS*

- *Come dovrebbero interfacciarsi fra loro i servizi sanitari e quelli non sanitari per le persone con Disturbo di Personalità Borderline? (compresa il passaggio da adolescente a servizi per adulti)*
- *Come possono essere adattate le configurazioni di trattamento per le persone con Disturbo di Personalità Borderline che hanno difficoltà di apprendimento? Come tener conto della gravità del disturbo di apprendimento?*
- *Le famiglie (bambini compresi) ed eventuali affidatari di persone affette da Disturbo di Personalità Borderline hanno esigenze specifiche di cura? (11a) In caso affermativo, quali interventi specifici dovrebbe essere offerto?*

### **5.3 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE RELATIVE AL QUESITO 2 DEL CS.**

#### **5.3.1 Il Passaggio ai Servizi per Adulti.**

Il passaggio ai servizi per i giovani adulti è spesso contrassegnato da una serie di discontinuità in termini di personale, frequenza del trattamento (spesso meno intenso nei servizi per adulti) e approccio, e spesso queste problematiche pregiudicano, o semplicemente ostacolano, l’aderenza al nuovo profilo di cura.

Questo passaggio può essere difficile per i giovani con Disturbo di Personalità Borderline, che avvertono i distacchi come particolarmente problematici. In tali circostanze, il lavoro comune tra i Servizi di Salute Mentale per adulti e per l’infanzia e l’adolescenza può facilitare la transizione. Operare in modo flessibile intorno al limite di età *cut-off* è utile per promuovere transizioni omogenee. Molti giovani che sono stati trattati dal servizio per l’infanzia e l’adolescenza non soddisfano i criteri di invio ai servizi di salute mentale per adulti, a causa della riluttanza da parte di questi ultimi a considerare i DP come condizioni meritevoli di intervento. Pertanto, devono essere realizzati protocolli per garantire il passaggio dei giovani ai servizi per adulti, quando compiono 18 anni. Tali protocolli devono garantire che i criteri di accesso ai servizi per adulti siano coerenti con le esigenze e le aspettative dei giovani precedentemente trattati nei NPIA. I professionisti delle due tipologie di servizi devono collaborare per identificare le lacune ed esplorare modelli di intervento, per rispondere meglio e più appropriatamente ai bisogni dei giovani in transizione. Ove non siano disponibili servizi ospedalieri adeguati all’età, sono necessari protocolli per il ricovero in reparti per adulti che definiscano anche il collegamento con i NPIA. La Linea Guida NICE rinvia per il passaggio fra servizi pediatrici e per adulti alle raccomandazioni descritte nella Linea Guida “Transition: getting it right for young people” (citare) che prevedono: *un adeguato confronto fra professionisti e utenti, flessibilità nei tempi del passaggio, un periodo di preparazione per il*

giovane e la famiglia, il passaggio delle informazioni, il monitoraggio della frequenza fino a che il giovane non si è stabilizzato nel servizio adulti. Sapendo che la fine dei trattamenti o servizi e la transizione da un servizio all'altro può portare ad forti emozioni e reazioni, indicano che è necessario assicurare che :

- tali cambiamenti siano discussi attentamente prima con la persona e la famiglia, e che siano strutturati e pianificati nel dettaglio;
- il piano di trattamento sostenga effettivamente la collaborazione con altro personale di cura durante il passaggio, e comprenda la possibilità di accedere ai servizi in occasione di crisi.

E' necessario che i pazienti con disturbo dell'apprendimento abbiano una valutazione specifica ed un eventuale successivo progetto di trattamento. La NPIA e la psichiatria adulti devono operare in collaborazione per minimizzare i possibili effetti negativi del passaggio. Occorre pertanto:

- pianificare il passaggio se attuato ai 18 anni;
- continuare il trattamento nella NPIA oltre i 18 anni se necessario per il passaggio agli adulti.

#### Box 2.2 Raccomandazioni LG NICE Quesito 2 CS

##### Accesso ai servizi

- Persone giovani con una diagnosi di Disturbo di Personalità Borderline o con sintomi o comportamenti che la suggeriscono, devono avere accesso ad una gamma completa ed ampia di trattamenti e servizi come raccomandato nella presente linea guida, in seno ai Servizi di Salute Mentale per l'infanzia e l'Adolescenza

##### Affrontare la conclusione del trattamento e supportare le transizioni

- I Servizi di salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza e i professionisti della Salute Mentale adulti devono collaborare per minimizzare qualsiasi possibile effetto negativo nel passaggio dei giovani ai servizi per gli adulti.
  - Programmare il trasferimento nel momento più adatto per la persona, anche se questo dovesse avvenire dopo il compimento dei 18 anni.
  - Continuare il trattamento nel CAMHS oltre i 18 anni se questo realisticamente può evitare la necessità di ricorrere al servizio di salute mentale adulti

##### I servizi ospedalieri

- I Trust che erogano servizi di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza devono garantire che i giovani con un grave Disturbo di Personalità Borderline possano aver riservati posti nei servizi specialistici, e devono includere:
  - Un ricovero adattato ai bisogni dei giovani con Disturbo di Personalità Borderline

- Programmi specialistici esterni
- Un equipe per il trattamento domiciliare

#### Disturbo di Personalità Borderline e disturbi di apprendimento

1. Quando una persona con disturbo di apprendimento lieve mostra sintomi e comportamenti riconducibili ad un Disturbo di Personalità Borderline, la valutazione e la diagnosi deve essere condotta con la consulenza di uno specialista per i disturbi dell'apprendimento.
2. Quando una persona con un disturbo di apprendimento lieve ha una diagnosi di Disturbo di Personalità Borderline dovrebbe poter accedere ai medesimi servizi e trattamenti indicati per le persone che hanno questo disturbo di personalità.
3. Quando si pianifica il trattamento per persone con un disturbo di apprendimento lieve e Disturbo di Personalità Borderline è necessario seguire il CPA (Care Programme Approach). Lo specialista per i disturbi dell'apprendimento viene consultato quando si sviluppano le strategie e il programma di cura per trattare i cambiamenti nel comportamento.
4. Le persone con disturbi di apprendimento medio e gravi non devono ricevere una diagnosi di Disturbo di Personalità Borderline. Se il loro comportamento o i sintomi suggeriscono la presenza di un Disturbo di Personalità Borderline, la valutazione e il trattamento dovrebbe essere comunque condotto da specialisti nel disturbo dell'apprendimento.

#### Coinvolgimento dei famigliari

- Nei confronti dei giovani che presentano un Disturbo di Personalità Borderline, i Servizi di Salute Mentale per l'infanzia e l'Adolescenza devono:
  - Bilanciare lo sviluppo dell'autonomia e delle capacità dei giovani con le responsabilità dei genitori.
  - Essere a conoscenza dei riferimenti di legge che si applicano con le persone giovani, (Mental Capacity Act, il Children Acts e il Mental Health Act).

#### **5.4 ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE (SUCCESSIVA ALL'AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012))**

E' stato effettuato un aggiornamento della letteratura internazionale utilizzando la stessa metodologia di ricerca delle linee guida NICE ed estendendo il periodo fino a aprile 2012. Nel periodo ottobre 2011 – aprile 2012 sono stati reperiti 147 articoli.

Non sono stati rinvenuti metanalisi né RCT, piuttosto numerosi protocolli pratici che forniscono indicazioni di grande interesse.

#### 5.4.1 Altre Linee Guida.

Sono stati analizzate diverse Linee Guida e protocolli locali (vedi elenco in nota<sup>6</sup>); nella tabella seguente sono riportati i punti su cui vi è maggiore concordanza e che sono ritenuti essenziali per garantire una appropriata integrazione funzionale fra Servizi di Psichiatria adulti e Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza. Alcune indicazioni di tipo pratico riportate da questi documenti, sono particolarmente rilevanti per l'adattamento al contesto regionale dell'Emilia Romagna.

Quando la valutazione iniziale è stata completata si deve tenere una riunione (dove sono coinvolti anche il ragazzo o la famiglia) tra tutti i professionisti delle equipe coinvolte nella gestione del caso, per discutere la situazione, pianificare il potenziale trasferimento di cura e per prendere accordi sul nuovo piano di cura per il ragazzo. Si deve stabilire:

- Identificazione di un coordinatore;
- Pianificazione della data di trasferimento;
- Le attività necessarie;
- Ruoli e responsabilità dei professionisti coinvolti.

Qualora il passaggio al Servizio di Salute Mentale per adulti non sia appropriato, il Servizio per l'Infanzia e l'Adolescenza fornisce delle indicazioni al ragazzo e ai genitori su servizi alternativi che possano fornire aiuto e supporto. Non si deve supporre che gli utenti della NPIA abbiano necessariamente bisogno del trasferimento ai Servizi di Psichiatria per Adulti. Questi sono, ad esempio, quegli utenti che, pur avendo un disagio psichico e/o comportamentale, non soddisfano i criteri per nessun specifico Disturbo Mentale. In questi casi è preferibile orientare l'utente verso il supporto fornito in ambienti non sanitari, servizi di volontariato, oppure le cure primarie, incluso il MMG, e altri servizi pubblici come i servizi sociali. Occorre comunque assicurarsi che le valutazioni siano coordinate e complete: includere una revisione della storia del ragazzo, i problemi, i punti di forza, le aspirazioni e soprattutto chiedere il punto di vista dell'interessato della sua famiglia. In quest'ottica è molto utile favorire gli scambi informativi con le scuole, creando dei collegamenti con gli insegnanti, che sono una preziosa fonte di informazioni e di opportunità e che spesso rimangono ai margini dei progetti di cura. Molti ragazzi devono mettersi in contatto con diversi servizi quindi è importante riuscire a semplificare i percorsi e accompagnare gli utenti. I modelli di progettazione delle cure devono coinvolgere l'utente. A tal scopo, si possono usare modelli specifici di pianificazione delle cure, come, ad esempio, il Progetto terapeutico o Piani di salute e benessere personale. La pratica clinica suggerisce che i principi di personalizzazione dei servizi per gli adulti (come i bilanci personali) potrebbero essere applicati anche ai bambini e agli

- 
1. <sup>6</sup> *Transition from CAMS to Adult Mental Health Services (TRACK): a study of service organization – Report for the National Institute of Health – January 2010*
  2. *Transition protocol: child and adolescent mental health services to adult mental health services – Cambridgeshire and Peterborough NHS – 2008 – Review 2010.*
  3. *SCIE Social care institute for excellence – Children's and families' services Guide 44 – Mental Health service transition for young people – November 2011*
  4. *Transition Protocol from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services – Plymouth NHS – Publication Date 15/1/2010.*
  5. *Working at the CAMH/Adult interface: good practice guidance for the provision of psychiatric services to adolescents/young adults. Royal College Psychiatrist 2008 Lamb C –*
  6. *APA (American Psychological Association) Public Interest Government Relations Office – Transition Youth with serious mental illness – 2008.*

adolescenti, permettendo loro di avere un maggiore controllo sulle cure loro destinate. Per i giovani che non hanno un chiaro bisogno di servizi specialistici è appropriato pensare a opzioni di supporto mirate piuttosto che a percorsi di cura, dando informazioni su cosa fare se avessero bisogno di un intervento sanitario in futuro. Occorre anche : favorire lo sviluppo delle reti professionali estese.

*Box 2.3 Elementi concordi per una integrazione funzionale appropriata.*

<b>Presenza protocolli scritti definiti</b>	
<b>Tempi di passaggio definiti, precisi ed al Inizio a 17 anni, contempo elastici a seconda delle esigenze Durata almeno 6 mesi cliniche</b>	
<b>Informazioni chiare</b>	
<b>COINVOLGIMENTO</b> (con il significato di affrontare le diverse aree di vita che coinvolge il passaggio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ragazzo</li> <li>• Famiglia (tema del consenso)</li> <li>• Rete di pari</li> <li>• Rete di volontariato</li> <li>• Scuola</li> <li>• Sociale (casa, lavoro)</li> <li>• riunioni in comune fra operatori sanitari infantili/adulti</li> <li>• riunione di presentazione progetto a: ragazzo, familiari e vari attori coinvolti (vedi sopra)</li> <li>• assenza di liste d'attesa</li> <li>• individuazione formale del case manager</li> <li>• periodo di cura in parallelo fra i 2 servizi</li> </ul>
<b>PASSAGGIO</b> (costruzione congiunta di un progetto di cura al cui interno è previsto ed attuato il passaggio nelle sue varie fasi ed ambiti di lavoro ed attuazione)	
<b>FORMAZIONE</b>	Comprensiva di periodi di "stage" reciproci per reale conoscenza
<b>LAVORO CON LA FAMIGLIA</b>	Parte del percorso/progetto di trt
<b>QUESTIONI APERTE</b>	
<b>Disturbi apprendimento</b>	Collegamento con équipe specifica (in Italia è un problema minore )
<b>Attivazione di servizi dedicati per adolescenti 16-24 aa.</b>	

#### 5.4.2 Articoli.

Del totale degli articoli trovati sono stati selezionati 7 articoli che analizzano ed affrontano alcuni elementi comuni:

- I fattori di ostacolo al passaggio dai servizi di Salute Mentale dell'Infanzia e dell'Adolescenza a quelli dell'adulto
- I fattori facilitanti tale passaggio
- I disturbi in comorbidità che possono richiedere attenzioni particolari
- Altre condizioni (sociali, formative) che possono inficiare il processo

Nella tabella che segue vengono sintetizzati gli elementi principali estratti dai contributi.

*Quesito (1) Qual è l'importanza dell'integrazione funzionale tra i Servizi di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Servizi di Psichiatria dell'Adulto (comprese le Dipendenze Patologiche) per l'efficacia del trattamento del Disturbo Borderline di Personalità?*

**Fattori di ostacolo**

- modificazione continua dei servizi
- eterogeneità degli approcci e delle prospettive fra servizi per l'infanzia e l'adolescenza e servi per adulti
- incertezza sulla diagnosi o diversità di impostazione diagnostica fra servizi
- rigidità dei confini fra servizi di Salute Mentale per l'adulto e per l'infanzia e l'adolescenza
- servizi insufficienza delle risorse
- mancanza di un linguaggio comune e difficoltà nella comunicazione
- diversità e talvolta contraddittorietà nei criteri di invio e di trattamento,
- scarsa comunicazione
- servizi specialistici per i giovani adulti di età 16-25

**Fattori facilitanti**

- modelli di collegamento
- lavoro congiunto
- specialisti che lavorino a ponte fra un servizio e l'altro
- protocolli chiari e linee guida per il passaggio che specifichino un piano di passaggio che prevede la comunicazione di informazioni e un periodo di trattamento parallelo
- diagnosi ed intervento precoce
- attenzione al trattamento sanitario dei bambini con disturbi multipli
- sostegno e coinvolgimento della famiglia
- educazione e preparazione del giovane
- rafforzamento del giovane
- formazioni congiunte - Ricerche sulle problematiche del periodo di passaggio

**Disturbi in comorbidità che possono richiedere attenzioni particolari**

- 1) disturbi dello sviluppo come i disturbi dello spettro autistico e il deficit di attenzione con iperattività
- 2) disturbi della condotta
- 3) difficoltà e disturbi specifici di apprendimento
- 4) psicosi a esordio precoce

**Altre condizioni (sociali, formative) che** Diversi giovani hanno difficoltà sociali e

**possono rendere più difficoltoso il processo**

pratiche in aggiunta al disturbo mentale, e per questi vi sono poche opportunità di sistemazione abitativa. La preparazione pratica all'indipendenza è cruciale per chi supera l'assistenza familiare, e ricerca opportunità di lavoro e di formazione flessibili.

## 5.5 ANALISI DELLA LETTERATURA NARRATIVA ITALIANA ED INTERNAZIONALE

### 5.5.1 Bleiberg, Cap 10 "trattamento residenziale e continuità dei servizi".

Nel suo trattato, Bleiberg (2004) sottolinea l'importanza della continuità tra i Servizi territoriali e strutture di assistenza residenziale. I principi di base ai quali entrambi devono riferirsi sono:

- coinvolgere i caregivers come partecipanti a tutti gli effetti del trattamento;
- contare sulle forze e sulle risorse dei caregivers, delle loro famiglie e della comunità;
- progettare il programma di trattamento all'interno del contesto specifico culturale ed economico della famiglia e della comunità. Le risorse finanziarie, la preparazione didattica e i sistemi culturali e religiosi e di importanza della famiglia e della comunità in cui vivono i ragazzi sono elementi fondamentali per il trattamento;
- Normalizzare il sistema di sostegno dei caregiver ricorrendo alle risorse comunitarie, individuando i sostegni naturali in corso o quelli potenziali della comunità, come amici, vicini, clero, insegnanti, famiglie allargate e gruppi di aiuto autonomo della comunità.

L'applicazione di questi principi richiede l'integrazione tra i servizi e delle risorse, e ha come finalità la continuità assistenziale che deve unire strutture anche molto diverse di tipo ospedaliero, residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale. La continuità serve a fornire un passaggio più graduale dall'ospedale o dalla residenza ai servizi territoriali o ai servizi a medio raggio come case famiglia, servizi scolastici, collocazione professionale, trattamento serale di doposcuola o dopolavoro, campeggi di fine settimana o estivi, servizi di emergenza e servizi per la stabilizzazione domiciliare di crisi e di preservazione familiare. Ovviamente la continuità pone problemi di diversità di tipo logistico e organizzativo, ad esempio alcuni servizi si basano su fondi pubblici, mentre altri hanno rimborsi da terzi o da privati. Inoltre, spesso i ragazzi con DP e le loro famiglie, a causa delle proprie vite caotiche, hanno difficoltà a gestire l'offerta di servizi e di trattamenti. Questo problema si può affrontare creando equipe flessibili per gli utenti con problemi complessi. Si tratta di coinvolgere i pazienti, le famiglie, le fonti naturali di sostegno e gli specialisti di salute mentale in un progetto di lavoro comune, fino a formare un unico team. Il procedimento per formare l'equipe inizia chiedendo ai caregivers di individuare le possibili soluzioni e le possibili risposte ai propri bisogni. Incoraggiarli a sviluppare un sistema di sostegno che attinga il più possibile a fonti comunitarie, composte da amici, colleghi di lavoro, figure religiose, ma comprendenti anche gli specialisti sanitari e non. Un team tipico è composto da 8-10 persone e ha un coordinatore che supervisiona l'attuazione del piano di copertura e pone i caregivers al centro del processo decisionale. L'inclusione di risorse comunitarie informali aiuta a ridurre lo stigma e

l'emarginazione dei ragazzi e delle loro famiglie, le cui disfunzioni spesso li allontanano dalle fonti d'aiuto spontanee, dando loro l'opportunità di sviluppare modelli adattivi che resteranno in funzione dopo la fine del rapporto con il personale specializzato. La scuola rappresenta l'area più importante per il coinvolgimento comunitario per bambini e adolescenti con DP, che spesso hanno problemi di apprendimento, conflitti con le autorità, si associano a compagni antisociali e hanno scarse competenze scolastiche. I membri dell'equipe consultano gli insegnanti e il personale della scuola per favorire la conoscenza e il riconoscimento delle problematiche di questi ragazzi e suggerire strategie di comunicazione nei loro confronti.

### 5.5.2 “Trattato dei disturbi di personalità” (Oldham J.M., 2008) cap.23.

L'assetto relazionale di un sistema familiare disturbato viene interiorizzato dai suoi membri assumendo la forma dei disturbi di personalità. Alcuni ricercatori hanno descritto l'incapacità di queste famiglie di conseguire un adeguato livello di coesione interna, con interazioni empatiche e di reciprocità. In particolare Goldstein (1990) ha descritto 3 costellazioni familiari tipiche degli individui con Disturbo di Personalità Borderline: famiglie invischiate, famiglie espulsive e famiglie idealizzanti o denigratorie. I trattamenti familiari proposti per questi nuclei hanno come obiettivo di far sì che i componenti del nucleo familiare apprendano il valore di una comunicazione efficace dei bisogni fondamentali, per poi giungere a forme di accordo basate sulla negoziazione. I disturbi relazionali della famiglia di pazienti con Disturbo Borderline di Personalità borderline hanno origine nella diffusione dei confini, il che determina comunicazioni conflittuali e inefficacia di strategie per la risoluzione dei problemi. La terapia deve mirare a ridimensionare l'intensità e l'impulsività che caratterizzano l'espressione dei bisogni nella famiglia borderline, e a ridurre il grado di intensità affettiva, al fine di favorire l'elaborazione cognitiva. L'obiettivo finale è aiutare la coppia e la famiglia ad aprirsi ad interpretazioni e soluzioni alternative, rispettando le reciproche differenze e negoziando soluzioni accettabili per tutti. L'approccio alla terapia focalizzata sulle emozioni (Johnson J.G., 1996) è particolarmente adatta al trattamento dei pazienti borderline in un contesto di terapia familiare e di coppia. La natura difensiva delle espressioni affettive violente dei soggetti con DBP portano a commettere agiti impulsivi e distruttivi e, in questo contesto, il terapeuta deve aiutare i vari membri della famiglia a stabilire un'alleanza per contrastare tali tempeste affettive, trattandole come fattori estranei che richiedono un contenimento. L'intervento può portare ad un maggiore riconoscimento dei bisogni interni e alla definizione di una reciprocità relazionale, nel momento in cui la famiglia nel suo insieme riesce a condividere la risposta e il soddisfacimento dei bisogni di attaccamento fondamentali e reciproci. Questo tipo di percorso contrasta con le precedenti esperienze dei pazienti con DBP, nel cui contesto familiare d'origine, in genere, i bisogni infantili di attaccamento e di dipendenza sono stati negati e trascurati dai genitori. Altro aspetto di cui deve tenere conto il terapeuta familiare è l'elevata incidenza di abusi di vario tipo subiti in età infantile dalle donne con DBP con maggior frequenza rispetto ai controlli. La facilitazione dell'espressione e della rievocazione delle esperienze traumatiche pregresse rappresenta un ulteriore eventuale obiettivo di una terapia familiare.

### 5.5.3 Bleiberg: Bleiberg E. (2004).

Ha ipotizzato un modello di trattamento dei disturbi di personalità che si propone di creare, sia nel bambino che nella famiglia, condizioni per cui attaccamenti disorganizzati, cicli coercitivi e inibizione della funzione riflessiva possano trasformarsi gradualmente in rapporti curativi e incoraggianti, sostenuti da maggiore capacità di funzione riflessiva. I ragazzi con BPD (Minuchin S., 1981) formano, modificano e rafforzano la disfunzione della loro famiglia tanto quanto tale

disfunzione familiare modifica e rafforza il loro disadattamento, da qui l'importanza di un allineamento terapeutico individuale e familiare. L'allineamento inizia promuovendo la capacità dei caregivers di sostenere la funzione riflessiva dei propri bambini, rendendo i genitori più competenti e controllati rispetto ai tumulti emotivi e comportamentali. Il primo passo nel lavoro con i caregivers è quello di assisterli nel diventare più efficaci nel fissare limiti, più capaci di osservare i confini generazionali e più in grado di sottrarre i loro bambini ai ruoli svolti nel perpetuare il disadattamento della famiglia. Gli approcci terapeutici strutturati per aiutare i caregivers a migliorare la loro efficacia genitoriale possono anche modificare i comportamenti autolesionistici di bambini e adolescenti. Sono possibili diversi approcci strutturati al training genitoriale per accrescere la loro competenza, tarati per età, caratteristiche e comportamenti dei bambini (es condotte antisociali, problemi scolastici, uso di sostanze). Alcuni approcci, inoltre, includono sostegno per problemi coniugali del caregiver e l'addestramento in competenze sociali per la risoluzione di problemi. Rimane aperta la questione, in genere non affrontata dai vari training, di come gli stili e i metodi educativi dipendano anche dalla cultura di origine.

## 5.6 TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI

Livello di evidenza	Tipo di evidenza (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
3	<p>Transition from CAMS to Adult Mental Health Services (TRACK): a study of service organization – Report for the National Institute of Health – January 2010</p> <p>Transition protocol: child and adolescent mental health services to adult mental health services – Cambridgeshire and Peterborough NHS – 2008 – Review 2010.</p> <p>SCIE Social care institute for excellence – Children's and families' services Guide 44 – Mental Health service transition for young people – November 2011</p> <p>Transition Protocol from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services – Plymouth NHS – Publication Date 15/1/2010.</p> <p>Working at the CAMH/Adult interface: good practice guidance for the provision of psychiatric services to adolescents/young adults. Royal College Psychiatrist 2008 Lamb C –</p> <p>APA (American Psychological Association) Public Interest Government Relations Office – Transition Youth with serious mental illness – 2008.</p> <p>Oldam J.M., Skodol A.E., Bender D.S. (2008): Trattato dei Disturbi di Personalità. Raffaello Cortina Editore.</p> <p>Bleiberg E. (2004): Il trattamento dei disturbi di</p>

personalità nei bambini e negli adolescenti. Giovanni Fioriti Editore.

The transition into adult care. *Psychiatry (GBR)* 2008;7:399-402

Young adults with learning disabilities: a study of psychosocial functioning at transition to adult services. *Dev.Med Child Neurol* 2006;48:195-9.

P. Singh, (2009) Transition of care from child to adult mental health services: the great divide *Current Opinion in Psychiatry* Issue 4:386-390

Richards M,.Vostanis P. (2004) - Interprofessional perspectives on transitional mental health services for young people aged 16-19 years. *J.Interprof.Care*;18:115-28.

Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S et al. (2010) Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: Multiperspective study. *Br.J.Psychiatry*; 197:305-12.

Transitions care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): A study of protocols in greater London, P.Singh, BMC Health Services Research, 23/6/2008

Vostanis P. (2005) Patients as parents and young people approaching adulthood: How should we manage the interface between mental health services for young people and adults? *Curr.Opin.Psychiatry*;18:449-54.

**5.7 ANALISI DEI FATTORI LOCALI OSTACOLANO O FAVORISCONO L'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DELLA LG (PIANI PER L'ACCESSO DEI DSM – DP – RER)<sup>7</sup>**

RACCOMANDAZIONE	FATTORI LOCALI FACILITANTI	FATTORI LOCALI OSTACOLANTI
Accesso ai servizi	Coinvolgimento dei Servizi Sociali  Accessi Facilitati  Percorsi/programmi rivolti	

<sup>7</sup> Azioni del DSM-DP per il Progetto regionale "Piano per l'accesso". Finanziamento DGR n. 1684/2010.

	all'adolescenza	
<b>Affrontare la conclusione del trattamento e supportare e transizioni</b>	Procedure e protocolli per il passaggio UONPIA, CSM e SERT definendo responsabilità, tempistica e documenti da produrre  Equipe di transizione	Più attenzione al passaggio UONPIA _ CSM, meno attenzione al passaggio UONPIA - SERT
<b>I servizi ospedalieri</b>	Interventi di prossimità  Interventi domiciliari	
<b>Coinvolgimento dei familiari</b>	Servizi di prossimità in collaborazione con le associazioni dei familiari  Percorso per famiglie multi problematiche  Associazioni di familiari no profit  Accessi dedicati per familiari con dipendenze patologiche	

## 5.8 RACCOMANDAZIONI SULLA BASE LETTERATURA E/O METODOLOGIA DI CONSENSO

### 5.8.1 Accesso ai servizi

*Le persone giovani con Disturbo Grave di Personalità o con sintomi e comportamenti che suggeriscono la possibilità di una diagnosi di questo tipo, devono avere accesso ad una gamma completa ed ampia di trattamenti e servizi in seno ai Servizi di Salute Mentale per l'infanzia e l'Adolescenza.*

Si evidenzia la necessità di estendere il percorso di diagnosi, cura ed eventuale passaggio alla Psichiatria adulti, non solo per i ragazzi con una diagnosi di Disturbo di Personalità (dai dati regionali ne risultano molto pochi), ma – data la difficoltà a porre diagnosi di DP in età evolutiva – anche ad alcuni quadri clinici di consistente gravità (in particolare in aggiunta ad un uso di sostanze e a un abbandono del percorso scolastico) che vengono indicati come possibili precursori di DP.

Vengono suggeriti i seguenti codici ICD-10:

- F92 disturbi misti della condotta e delle emozioni
- F90.1 disturbo ipercinetico della condotta

- **F91.1 disturbo della condotta con ridotta socializzazione**
- **F91.3 disturbo oppositivo provocatorio**

Per i quadri descritti, a partire dai 16 anni, è quindi opportuno attivare un approfondimento diagnostico ed eventualmente il percorso diagnostico-trattamentale oggetto dei seguenti indirizzi.

Viste le limitazioni che la diagnosi categoriale di tipo nosografico presenta per l'inquadramento dei disturbi di personalità, in particolare in età evolutiva, si ritiene indicato completare detto inquadramento con un approfondimento della diagnosi di tratto.

I pazienti con diagnosi di Disturbo di personalità, e quelli che presentano i codici diagnostici sopradescritti, dovrebbero poter usufruire di un approfondimento relativo alla personalità con una valutazione dimensionale utilizzando scale e test di valutazione appropriati (ad esempio SWAP A, STIPPO o MMPI A).

Per la costruzione di una rete di servizi qualificata risulta importante anche la elaborazione di un Centro d'Ascolto per adolescenti e la collaborazione con tutti i servizi che a vario titolo si occupano di adolescenti (Spazi Giovani, Consultori, Medici di Medicina Generale, Scuola, ecc.)

Nella pianificazione della transizione è anche raccomandata l'analisi della possibilità di attuare un piano di cure al di fuori della Psichiatria Adulti avvalendosi delle altre risorse del sistema sanitario (Spazi Giovani, Consultori, Medici di Medicina Generale).

#### 5.8.2 **Affrontare la conclusione del trattamento e supportare le transizioni**

*I Servizi di NPIA e i Servizi di Salute Mentale adulti, Ser.T compreso devono attivarsi per minimizzare qualsiasi possibile effetto negativo nella transizione dei giovani ai servizi per gli adulti. In particolare occorre:*

- *Programmare il trasferimento nel momento più adatto per la persona, anche se questo dovesse avvenire dopo il compimento dei 18 anni.*
- *Continuare il trattamento nella NPIA oltre i 18 anni se questo può evitare la necessità di ricorrere ai Servizi di Salute Mentale adulti, **quando è prevedibile la conclusione del trattamento nell'arco di 12 mesi.***

Quando è in previsione la transizione di un ragazzo con diagnosi di DP, o condizione clinica assimilabile, è opportuno che vengano messi in atto i passi e le attenzioni indicate in letteratura come appropriate, in particolare:

- **I tempi della transizione devono essere definiti, precisi ed al contempo elastici a seconda delle esigenze cliniche (a partire dai 17 anni, un periodo di almeno 6 mesi);**
- **Le informazioni fornite ai ragazzi ed ai familiari devono essere chiare;**
- **Si devono prevedere dei protocolli scritti definiti fra servizi di NPIA e servizi di Psichiatria Adulti (in particolare viene consigliata per i casi più gravi l'identificazione di un "case manager", percorsi di formazione congiunta degli operatori dei diversi servizi, riunioni periodiche di discussione dei casi, periodi di stages nei diversi servizi);**

**Si deve prevedere il coinvolgimento del ragazzo e – qualora possibile – dei familiari (con l’obiettivo di affrontare le diverse aree di vita che la transizione comporta) nella costruzione congiunta di un progetto di cura**

### 5.8.3 I servizi ospedalieri

*Ai giovani con un grave Disturbo di Personalità deve essere garantita la possibilità dell’accesso al ricovero ospedaliero o al trattamento in aree diverse dal Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).*

### 5.8.4 Coinvolgimento dei familiari

*Nei confronti dei giovani con tratti, sintomi o comportamenti suggestivi di un DGP i Servizi di NPIA devono adottare le seguenti strategie:*

- *Bilanciare lo sviluppo dell’autonomia e delle capacità dei giovani con le responsabilità dei genitori.*
- *Essere a conoscenza dei riferimenti di legge.*

## **6 QUALI SONO LE CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO TERAPEUTICO DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE CON I PAZIENTI CON DIAGNOSI DI DGP IN FUNZIONE DELLA CONFIGURAZIONE DEI SERVIZI?**

### **6.1 INTRODUZIONE**

Il contratto terapeutico definisce le regole e il setting del rapporto di cura. Definito a priori dalle prerogative specifiche del curante (la competenza) e del curato (il bisogno), risente delle norme di legge, dei regolamenti, degli orientamenti scientifici e non in ultimo degli aspetti soggettivi, quali le reciproche aspettative e il grado di asimmetria informativa. Il contratto è parte integrante di ogni rapporto terapeutico, ma le sue caratteristiche assumono una specifica rilevanza per il trattamento dei Disturbi di personalità per le seguenti ragioni:

- 1) La definizione del setting nelle sue componenti qualitative – costanza e coerenza delle risposte terapeutiche - è elemento basilare per lo sviluppo di una relazione efficace. La formalizzazione del contratto contribuisce, a modulare i comportamenti terapeutici nell'equipe dando un contributo fondamentale in termini di qualità, e fornisce strumenti per affrontare le scissioni e le reazioni controtransferali che i pazienti con DGP inevitabilmente propongono.
- 2) L'evidenza formale della definizione degli obiettivi terapeutici, di lungo e di breve periodo, consente di sottoporre a verifica gli esiti dei trattamenti. Nella prospettiva di un più generale cambiamento dell'utente, che coincide con la finalità del recupero del ruolo socio relazionale positivo (recovery), il contratto da respiro strategico ai singoli steps di un percorso spesso lungo e organizzato per fasi. Fasi che, a loro volta, coinvolgono diversi punti della rete dei servizi e della comunità in una progressione di eventi dimensionati sul bisogno attuale (configurazione dei servizi).
- 3) Per la loro natura i DGP presentano il rischio di comportamenti distruttivi, auto ed etero diretti in soggetti che mantengono, salvo fasi specifiche di particolare gravità psicopatologica, integro l'esame di realtà e la capacità di autodeterminarsi. Molto spesso le legittime preoccupazioni dei professionisti in ordine alle potenzialità che le responsabilità assunte nel progetto di cura si trasformino in ipotesi di reato, condizionano le scelte adottate in senso difensivistico e diventano presupposto di trattamenti inappropriati. La definizione formale degli obiettivi di cura e delle reciproche responsabilità assunte dal curante e dal curato nel progetto terapeutico, coinvolgendo anche la famiglia soprattutto nel caso dei minori, non risolve in maniera definitiva questa contraddizione, ma fornisce strumenti oggettivi per gestirla sul piano delle effettive possibilità di cura offerte dalle conoscenze medico psichiatriche e psicologiche aggiornate.

### **6.2 IL CONTRATTO TERAPEUTICO PER I DGP NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE.**

I servizi del DSM – DP sono nati ciascuno per target di utenza, con specifiche diversità nelle missioni ed obiettivi di cura, che ne informano l'organizzazione e la cultura professionale. Il Piano Attuativo Salute Mentale della Regione Emilia Romagna 2009 – 2011, istituendo il DSM – DP

come articolazione necessaria di tutte le Aziende per l'erogazione dei servizi di Salute Mentale, sottolinea che la pratica della Psichiatria adulti è fondata prevalentemente su di un paradigma professionale di orientamento tutoriale e paternalistico in virtù sia delle caratteristiche dell'utenza (psicosi e con disabilità funzionali), sia di specificità normative che contemplano interventi terapeutici limitativi della libertà personale. Questo paradigma, a tratti può divenire fortemente responsabilizzante per il curante. Nei Ser.T ove l'utenza ha maggiori caratteristiche di autonomia ed ove non sussistono richiami alla obbligatorietà, si è sviluppato un paradigma fondato sulla motivazione al trattamento e sull'obiettivo dell'autoefficacia, oggettivamente meno responsabilizzante per il curante. Non c'è dubbio che questi due approcci possano essere potenzialmente confliggenti e che abbiano contribuito non poco alle difficoltà nell'integrazione tra servizi sul tema delle comorbilità, e soprattutto della cosiddetta Doppia Diagnosi. Allo stesso modo non vi è dubbio che entrambi gli approcci possano essere potenzialmente necessari nel trattamento per fasi dei DGP. La formalizzazione del contratto è lo strumento per identificare le diverse necessità del percorso terapeutico e le potenziali sinergie in serie tra i due approcci.

Relativamente alla tipologia di contratto descritta nella LG NICE, che si caratterizza per le raccomandazioni finalizzate ad accompagnare in modo flessibile tutte le fasi di trattamento, compresi i momenti di crisi, un adattamento alla realtà operativa della nostra Regione deve tener conto che:

- a) i cambiamenti di setting e di approccio devono essere espressamente contemplati e specificati in forma esplicita a tutti gli attori (equipe curante, utente, famiglia);
- b) la produzione di un documento regionale di indirizzo (Linee di Indirizzo) che definisce raccomandazioni è un passaggio indispensabile per ridurre i comportamenti legati alle logiche della medicina difensiva, inefficaci sia dal punto di vista terapeutico che per conseguire l'obiettivo che si prefiggono;
- c) la consapevolezza della posizione di garanzia deve coniugarsi, nel professionista sanitario, con l'impegno ad aiutare il paziente a sviluppare autonomia e senso di responsabilità. Oltre al paziente, l'altro attore del contratto è il Servizio;
- d) le indicazioni del Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000, secondo le quali i Servizi di Salute Mentale sono tenuti ad un'attitudine proattiva, di non attesa, nei confronti del paziente, intervenendo sulla sua motivazione al trattamento, ricercando il consenso alla cura, ma anche, se necessario, obbligandolo alle cure. Per i trattamenti di lungo periodo la pro-attività e la continuità terapeutica deve essere garantita dal Servizio, oltre che dal singolo operatore.

### **6.3 IL CONTRATTO TERAPEUTICO POSSIBILE NELLA CORNICE NORMATIVA CHE REGOLA L'ATTIVITÀ DELLA SALUTE MENTALE ADULTI E DEI SER.T.**

#### **6.3.1 Caratteristiche legate alla conformazione dei Servizi per le Dipendenze Patologiche**

La Mission dei Ser.T è orientata a garantire gli interventi di "prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza" come stabilito dal Decreto Ministeriale 444/90, che ne determina, le caratteristiche organizzative e funzionali.

Le funzioni operative dei Ser.T sono le seguenti:

- accoglienza dei soggetti assuntori, abusatori e dipendenti, di sostanze legali e/o illegali;
- attività di disintossicazione e sostegno generale della salute degli utenti;

- erogazione dei farmaci sostitutivi, avversativi, sintomatici, utili a curare e/o stabilizzare le condizioni di abuso e/o dipendenza da sostanze; Nel mandato dei Ser.T, che si occupano delle dipendenze e delle patologie organiche ad esse correlate, . sono comprese anche:
- la tutela della salute fisica,
- la prevenzione delle malattie infettive correlate alla tossicodipendenza (epatiti, HIV, ecc.),
- la “riduzione del danno”
- la prevenzione dei comportamenti a rischio.

La Regione Emilia Romagna, con la delibera n° 722/95 ha avviato la scelta etica della “riduzione del danno” che consiste nell’insieme dei procedimenti di cura e di attenzione sociale che permettano la sopravvivenza fino al superamento del rapporto con la sostanza,, integrando il DPR 309/90 sulle funzioni svolte dai Ser.T. Negli anni l’attenzione si è spostata dalla “cura” al “prendersi cura” della persona che ha acquisito la dipendenza; dalle “sostanze” ai “modelli di consumo” delle sostanze; dalla “tossicodipendenza” alle “dipendenze patologiche”. La valutazione multidisciplinare bio-psico-sociale è attualmente il percorso metodologico di prassi per l’accettazione della presa in carico o dell’invio ad altro servizio.

Il contratto terapeutico nei Ser.T è informato dalla tipologia d’utenza e dalle caratteristiche organizzative specifiche dei Servizi per le dipendenze. Si tratta di persone con problemi prevalenti di dipendenza patologica da sostanze, che trovano espressione nella diagnosi principale. La tipologia d’utenza si è ampliata con l’apertura recente all’accesso di persone con dipendenze comportamentali (in particolare gioco d’azzardo patologico e internet). Quantitativamente le diagnosi correlate alla dipendenza da eroina continuano a rappresentare l’utenza principale dei Ser.T, circa il 70 % in Regione Emilia Romagna. L’ampia diffusione dei trattamenti con farmaci cosiddetti sostitutivi determina, per questa popolazione, una forma di legame tra utenti e servizio che è mediata dalla necessità di non interrompere il trattamento. Indubbiamente questo tipo di legame incide sull’adesione ai trattamenti biologici favorendo la ritenzione in trattamento. La possibilità, per i tossicodipendenti di accedere ai percorsi alternativi al carcere, e l’invio da parte delle Prefetture ai Ser.T con la possibilità di comminare le sanzioni amministrative previste, fa sì che una parte dell’utenza dei servizi acceda in considerazione degli obiettivi benefici di legge che ne derivano. Ulteriore elemento di specificità nella relazione tra utente e Servizio per le Dipendenze Patologiche è dato dalla possibilità di mantenere l’anonimato nella registrazione in cartella.

Alle specificità normative, si sommano quelle di tipo funzionale. La diagnosi di tossicodipendenza non può essere fatta solo con la valutazione clinica e l’anamnesi, in quanto necessita dei risultati dei test tossicologici urinari e, nel caso dell’alcool, anche ematici. I test urinari vengono eseguiti sotto la responsabilità dell’infermiere “a vista”, tramite utilizzo di telecamere a circuito chiuso, o, in assenza di queste, per osservazione diretta. In molti Ser.T gli esami si svolgono nello stesso modo per tutta la durata del trattamento. Tali modalità tendono ad un sistema di controllo che veicola un implicito messaggio negativo, o quanto meno dubitativo, sull’affidabilità delle dichiarazioni del paziente nel merito della sua dipendenza e sulla possibilità della costruzione di un rapporto di fiducia fondato sulla reciprocità. Infine, la proposta al paziente di screening periodico sulle infezioni correlate alla tossicodipendenze, in relazione agli obiettivi di riduzione del danno, informa la relazione terapeutica di un elemento di attenzione alla salute fisica che, nell’ambito del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, è esclusivo dei servizi per le dipendenze. Infatti anche nella Salute Mentale adulti è alta l’attenzione verso le patologie organiche più che altro per compensare eventuali difetti di accessibilità e ritardi diagnostici; ma si tratta di attenzione verso patologie generiche, non direttamente correlate alla diagnosi primaria del

Servizio, come è nel caso dei Ser.t. Anche esaminando i ruoli professionali vi sono specificità che meritano attenzione. Il ruolo dell'infermiere nei Ser.T, è prevalentemente legato all'operatività ambulatoriale (somministrazione / distribuzione farmaci, esami liquidi biologici). Questo elemento rende molto diversa la funzione infermieristica rispetto ai CSM ove da tempo si è affermata una professionalità di tipo socio riabilitativo legata al ruolo di "gestore del caso".

Inoltre l'accessibilità al Servizio è caratterizzata da due fattori fortemente distintivi rispetto ai CSM. Il primo, gli orari di apertura, e di accettazione di eventuali accessi non programmati, sono condizionati dalle necessità degli ambulatori che gestiscono la somministrazione di farmaci stupefacenti. Questo limita, in ordine alla proporzione con le risorse necessarie, l'accessibilità al servizio alle fasce orarie di attivazione dell'ambulatorio, e quindi alla copresenza delle figure professionali necessarie e all'attivazione dei dispositivi per l'erogazione e lo scarico dei farmaci stupefacenti. Il secondo è costituito dal fatto che le attività dei Ser.T si svolgono in modo esclusivamente, salvo rare eccezioni, territoriale ambulatoriale, mentre sono assenti prassi di intervento domiciliari.

Negli ultimi anni si è assistito nei Ser.T allo sviluppo di percorsi dedicati, sia a livello ambulatoriale che residenziale, a specifiche fasce di utenti (giovani, cocainomani, dipendenze comportamentali). Si è cercato in questo modo di differenziare le risposte terapeutiche mantenendo l'unitarietà del servizio. Nello stesso ambito rientra la problematica sulla doppia diagnosi, nei utilizzata nei Servizi come diagnosi operativa, ovvero per predisporre un progetto congiunto, accordandosi su chi fa che cosa, e mettendo in comune le risorse. I Servizi psichiatrici si affidano ai Ser.T per alcune prestazioni (ad es. erogazione di farmaci sostitutivi o avversativi, controlli tossicologici, inserimenti in comunità), mentre i Ser.T tendono ad appoggiare ai servizi psichiatrici i pazienti che più frequentemente entrano nel circuito dell'emergenza-urgenza e che presentano maggiori problematiche comportamentali e necessità di contenimento.

**Per concludere, si sintetizzano le differenze tra Ser. T, Psichiatria Adulti nel trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità che si riflettono nella definizione del contratto terapeutico:**

1. Le differenze specifiche sono legate alle caratteristiche dell'utenza, ma anche alle sostanziali differenze organizzative e di cultura professionale;
2. Spesso il tema dell'integrazione con la Psichiatria Adulti è affidato al costrutto della Doppia Diagnosi interpretato in senso prevalentemente operativo.

### 6.3.2 Vincoli legati alla strutturazione dei Servizi di Salute Mentale

Le normative di riferimento per l'ambito della Salute Mentale sono molteplici. In questa sede si elencherà una sintesi contesti degli aspetti normativi che incidono più direttamente sulle forme del contratto terapeutico, condizionandone in vario modo la strutturazione.

### 6.3.3 Quadro normativo di riferimento.

#### **Legge n. 180 del 1978 (ripresa nella legge di Riforma Sanitaria n. 833 del 1978)**

E' una legge quadro, prima tappa di un percorso legislativo che successivamente ne vedrà meglio specificati i contenuti. Promuovendo un nuovo approccio alla malattia mentale, di fatto propone una radicale modificazione del "contratto terapeutico" tra Servizi e cittadini, modificando gli obiettivi basilari dell'intervento pubblico: dal controllo sociale dei malati mentali all'intervento sanitario (ispirato al principio terapeutico ma soprattutto alla promozione e prevenzione dei disturbi psichici), in quanto tale condizionato dalla presenza del consenso del paziente. La istituzione del Trattamento Sanitario Obbligatorio, centrato sulla necessità di interventi attivati contro la volontà del paziente ed unica deroga al principio del consenso alle cure, completa (e inevitabilmente complica) l'assetto "contrattuale" che ne è derivato:

- il Servizio pubblico ha un mandato di cura: deve attivarsi per realizzare le condizioni della terapia ricercando il consenso, ma ha il dovere di intervenire se necessario, contro la volontà del cittadino, a tutela della salute individuale e nell'interesse della salute pubblica (Ordinanza sindacale);
- il cittadino ha a sua volta il diritto di curarsi, che però diventa diritto/dovere nel caso dei Trattamenti Obbligatori.

#### **PROGETTO OBIETTIVO SALUTE MENTALE 1998 – 2000** (Decreto del Presidente della Repubblica 1° novembre 1999 - GU n. 274 del 22.11.1999)

Il legislatore ha contestualmente avviato la riorganizzazione delle istituzioni assistenziali (vedi anche PROGETTO OBIETTIVO "TUTELA SALUTE MENTALE 1994-1996"), attribuendo un ruolo centrale agli interventi territoriali di prevenzione, cura e riabilitazione piuttosto che al ricovero ospedaliero. La nuova "mission" dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche determina la tipologia di "contratto terapeutico" da proporre, circoscrivendo alcuni ambiti precisi:

- "Le azioni più opportune, per realizzare tali interventi, sono: (...) l'attuazione da parte dei Servizi di Salute Mentale di una prassi e di un atteggiamento non di attesa, ma mirati a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (...); la formulazione di piani terapeutico-preventivi o terapeutico-riabilitativi personalizzati, con assegnazione di responsabilità precise e di precise scadenze di verifica (...) l'attivazione di programmi specifici di recupero dei pazienti che non si presentano agli appuntamenti o che abbandonano il servizio (...);
- **Decreto Legislativo 502 /1992 e succ.**

L'avvio contemporaneo del processo di aziendalizzazione interviene inoltre su una cultura dei Servizi di Salute Mentale che tende a sottovalutare, come per altro avviene anche negli altri ambiti sanitari, la propria realtà organizzativa. Leggere il Servizio in termini di organizzazione, come insieme di strutture che utilizzano di risorse finite (umane, tecnologiche ecc) per il raggiungimento di obiettivi, in rapporto a un cliente/paziente, ha profondamente modificato anche la dimensione del "contratto", in cui entra pesantemente in gioco il problema del limite ed economicità dell'evento sanitario. In questo ambito, e contestualmente ai Progetti Obiettivi nazionali, avviene anche una ridefinizione del paziente grave. Il contratto terapeutico, in relazione alle priorità ed alla dimensione progettuale si modifica: ciò che prima era definito dal tipo di psicopatologia del paziente (gravi

disturbi affettivi, schizofrenia, gravi disturbi di personalità), ora concretamente e pragmaticamente viene riconsiderato sul livello operativo, per cui ci si occupa di “situazioni gravi, o non collaborative”. L’attenzione è spostata al livello del servizio/sistema e propone una nuova rappresentazione degli interventi (ad es. i modelli di intervento che ricordano quelli di origine anglosassone, come l’Assertive Community Treatment, o il Case Management).

- **Cass., Sez. IV pen., 11 marzo 2008, n. 10795**

Nel quadro normativo di riferimento si introducono elementi che, se norme non sono, di fatto assumono analogo valore: è questo ad esempio il caso delle sentenze della Corte di Cassazione, fortemente orientative in senso giurisprudenziale. In questa sede citiamo la sentenza a nostro avviso più significativa, ma ve ne sono altre, perché determina notevoli ripercussioni sul contratto terapeutico nell’ambito di un Servizio di Salute Mentale.

La sentenza condanna per omicidio uno psichiatra mettendo in rapporto causale una modificazione della terapia di un paziente con l’aggravamento della patologia, la riacutizzazione dell’aggressività, l’omicidio da questi commesso. La Corte, nel dispositivo della sentenza, di fatto restituisce con forza allo psichiatra quei compiti di custodia che la legge 180 aveva inteso sottrargli: sottolinea il grande valore innovativo della legge Basaglia, che ha restituito dignità ai malati psichici, ma evidenzia come l’abolizione dei manicomi non abbia eliminato la malattia mentale, ed infatti abbia previsto il TSO.

Questa sentenza reintroduce il problema del controllo della pericolosità attraverso alcuni aspetti che riguardano da vicino il “contratto/relazione” medico-paziente:

- il primo può essere colpevole di un comportamento deliberato dell’altro (“concorso colposo nel delitto doloso”)
- il primo, nell’ambito del contratto terapeutico, assume automaticamente una “posizione di garanzia” (art. 40 c.p.): questa può derivare solamente dall’instaurazione della relazione terapeutica tra il paziente e il medico (o più in generale, il sanitario); questa relazione è determinata esplicitamente come un contratto terapeutico, ma può sussistere implicitamente, anche in base alla normativa pubblicistica di tutela della salute, come avviene nel caso di ricovero ospedaliero o in strutture protette e non dipende dal consenso del paziente.

Nel contesto di situazioni progettuali, quali sono quelle legate ai DGP nelle quali gli aspetti comportamentali costituiscono al tempo stesso parte integrante del problema ed il lavoro per la soluzione del problema, la dimensione della posizione di garanzia è particolarmente complessa. Posizione che si compone della “Garanzia c.d. di protezione” che impone di preservare il bene protetto da tutti i rischi che possano ledere l’integrità, e “Garanzia c.d. di controllo” che impone di neutralizzare le eventuali fonti di pericolo che possano minacciare il bene protetto. Questo contesto finisce per influenzare in modo diretto le scelte terapeutiche e le modalità relazionali dello Psichiatra, e in generale del Servizio curante, sia esso di tipo territoriale (CSM. Semiresidenza, Residenza) o ospedaliero (SPDC).

In conclusione, oltre a ribadire quanto sintetizzato a proposito dei Servizi Dipendenze Patologiche, un’ulteriore ragione che rende non omogeneo il contratto di cura tra Servizi per le Dipendenze e Servizi di Salute Mentale risiede nella diversità di mission e di responsabilizzazione delle due aree del DSM DP:

- i Servizi di Salute Mentale non possono, per legge “astenersi” dall’intervenire di fronte a quadri psicopatologici rilevanti;
- gli psichiatri (ed il personale sanitario in genere) possono inoltre essere incolpati per reati commessi o danni subiti dai pazienti che hanno in cura, sulla base di alterazioni

psicopatologiche di questi che dovevano essere adeguatamente curate, o di comportamenti indotti da queste alterazioni che dovevano essere impediti.

Relativamente alla tipologia di contratto descritta nella LG NICE, che si caratterizza per le raccomandazioni finalizzate ad accompagnare in modo flessibile tutte le fasi di trattamento, compresi i momenti di crisi, gli abbandoni ecc., un adattamento alla realtà operativa della nostra Regione deve tener conto:

- che i cambiamenti di setting (CSM – DP) comportano cambiamenti del contratto: questo deve essere previsto nel progetto complessivo e reso esplicito a tutti gli attori, compreso il paziente;
- che la realizzazione di un setting complessivo più omogeneo e più rispondente alla LG di riferimento non può ottenersi senza una qualche forma di concreta integrazione organizzativa tra Servizi psichiatrici e DP;
- che la produzione del presente documento regionale di indirizzo che definisce raccomandazioni e percorsi di appropriatezza terapeutica è un passaggio indispensabile per ridurre i comportamenti legati alle logiche della medicina difensiva, inefficaci sia dal punto di vista terapeutico che per conseguire l'obiettivo che si prefiggono.

## 6.4 ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 3 DEL CS.

### 6.4.1 Quesito 3

Il quesito formulato dal CS sul contratto è il seguente:

*“Quali sono le caratteristiche del contratto terapeutico delle strutture organizzative dei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche con i pazienti con diagnosi di DBP in funzione della configurazione dei servizi?”*

I sottoquesiti tratti dalla LG NICE full (pag 419) e quick selezionati dalle editorialiste in quanto correlabili al quesito 3 sono i seguenti:

*Box 3.1 I sotto quesiti della LG NICE che rispondono al quesito n.3 del CS*

- *Quali linee d'indirizzo terapeutico, processi di cura e strategie cliniche (case management, coordinamento delle cure, CPA e così via) ottimizzano l'efficacia della cura e riducono il danno?*
- *Come dovrebbero essere trattati i disturbi di personalità borderline complessi e severi, tenendo conto sia delle strategie di gestione, su un determinato periodo di tempo, che le comorbidità multiple?*

Questi sotto-quesiti corrispondono solo in parte a tutte le implicazioni che ha il quesito 3 sul contratto per quanto riguarda la realtà italiana. Il 1° sottoquesito può ricollegarsi a quell'aspetto del contratto che corrisponde al contenuto del progetto terapeutico che deve essere condiviso col paziente e sottoscritto congiuntamente. Il 2° sottoquesito pone il problema del trattamento del paziente borderline in situazioni di comorbidità e apre alla riflessione su come declinare il contratto nei due diversi Servizi (Ser.T e Psichiatria) nel caso di comorbidità tra disturbo borderline di

personalità e dipendenze da sostanze o comportamentali. Dato che è a partire dalle risposte ai propri quesiti preliminari che la LG NICE formula le raccomandazioni, risulta evidente che manca la copertura della LG NICE, su alcuni aspetti del quesito 3, in particolare su quelli che si riferiscono alle caratteristiche del contratto terapeutico in funzione della configurazione dei servizi e alla normativa vigente

## 6.5 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE RELATIVE AL QUESITO 3 DEL CS.

### *Box 3.2 Raccomandazioni LG NICE Quesito 3 CS*

Lavorare in collaborazione con le persone con disturbo borderline di personalità per sviluppare la loro autonomia e favorire le loro capacità di scelta:

- facendo in modo che rimangano attivamente coinvolti nel trovare delle soluzioni ai loro problemi anche durante le crisi.
- incoraggiandoli a prendere in considerazione le diverse possibilità di trattamento e le diverse possibilità di scelte a loro disposizione nella vita, ed anche le diverse conseguenze che le loro scelte possono avere.

Quando si lavora con le persone con un disturbo borderline di personalità:

- Esplorare le diverse possibilità di trattamento con fiducia e speranza, spiegando che il cambiamento è possibile ed auspicabile.
- Costruire una relazione di fiducia lavorando in modo aperto, coinvolgente e non giudicante, dimostrando coerenza ed affidabilità.
- Tenere a mente, che alcune persone hanno vissuto un'esperienza di rifiuto, abuso e trauma e si sono imbattuti nello stigma spesso associato ai gesti di autolesionismo del Disturbo Borderline di Personalità.

Aspettarsi che l'abbandono e la conclusione di un trattamento o di un servizio o il passaggio da un servizio ad un altro, possano evocare forti emozioni e reazioni nelle persone con un Disturbo Borderline di Personalità. Assicurare che:

- Tali cambiamenti siano discussi con la persona (e con i familiari se necessario)
- Il progetto di cura preveda una collaborazione con altri sistemi di cura durante la fase di chiusura o di transizione e preveda la possibilità di accesso ai servizi in momenti di crisi.

L'equipe che lavora con persone con Disturbo Borderline di Personalità devono sviluppare un progetto di cura multidisciplinare in collaborazione con i pazienti (e i loro familiari, quando d'accordo con la persona). Il progetto di cura deve:

- Identificare chiaramente i ruoli e le responsabilità di tutti i professionisti della salute mentale e sociale coinvolti.
- Identificare gli obiettivi a breve termine del trattamento e specifici steps che la persona e gli altri soggetti coinvolti sono orientati a raggiungere.
- Identificare gli obiettivi a lungo termine, inclusi quelli lavorativi ed abitativi, che devono sostenere le strategie del trattamento a lungo termine; questi obiettivi devono essere realistici e legati agli obiettivi a breve termine del trattamento.
- Sviluppare un piano per la gestione della crisi che identifichi i potenziali fattori che scatenano la crisi, specificare le strategie di autogestione che possano essere efficaci e definire

l'accesso ai servizi (incluso una lista di numeri di telefono di supporto e di aiuto centri crisi e servizi H24) quando le strategie di autogestione non sono sufficienti.

- Condividere il piano con il MMG e con l'utente

Un sottoquesito al quale si può cercare risposta nelle LG NICE è: “Chi sono gli attori del contratto: quale paziente per quali servizi?”:

Si legge nell'introduzione alla NICE clinical guideline 78 – borderline personality disorder (p.4) : “ While the general principles of management referred to in this guideline are intended for all people with borderline personality disorder, the treatment recommendations are directed primarily at those with more severe forms of the disorder.”

Dalla premessa si evince che le raccomandazioni per il trattamento del disturbo borderline di personalità riguardano primariamente le forme più severe del disturbo. Alla luce di questa premessa, ampiamente condivisibile, anche in relazione al limite delle risorse a disposizione dei Servizi, si pone il problema di individuare i criteri con cui poter definire il paziente grave. Una indicazione sui livelli di gravità, viene data nelle seguenti due raccomandazioni della LG NICE (full version), entrambe indirizzate ai medici di medicina generale:

#### *Box 3.3 Raccomandazioni LG NICE Quesito 3 CS*

Se una persona che si è rivolta ai Servizi di Cure primarie presenta ripetuti gesti auto lesivi o mostra persistenti comportamenti a rischio, o manifesta una marcata instabilità emotiva, deve far riferimento ai Servizi di Salute Mentale per la valutazione di un disturbo borderline di personalità. Se una persona ha meno di 18 anni, bisogna rivolgersi al CAMHS per la valutazione.

Inviare una persona con disturbo borderline di personalità ai servizi di salute mentale qualora:

- I livelli di stress e di rischio per sé o per gli altri aumentino
- I livelli di stress e di rischio per sé e per gli altri non diminuiscano nonostante i tentativi di ridurre l'ansia ed incrementare le abilità di coping.
- Le persone richiedano un ulteriore intervento di un servizio specialistico

La successiva raccomandazione della LG NICE tratta delle comorbidità, tra cui le dipendenze da alcool o sostanze o disturbi del comportamento alimentare:

#### *Box 3.4 Raccomandazioni LG NICE Quesito 3 CS*

Inviare le persone con disturbo borderline di personalità che presentano un disturbo psicotico, una dipendenza da alcool o da sostanze di classe A, o un disturbo alimentare grave al Servizio di cura dedicato al trattamento di queste patologie. Il coordinatore del caso dovrebbe mantenere un contatto con queste persone trattate per la comorbidità in altri servizi, così che possano portare avanti il trattamento per il disturbo borderline di personalità al momento opportuno.

La LG NICE individua come attori del contratto il paziente con disturbo di borderline severo e i servizi sanitari coinvolti nel sistema di cura, (Primary care e Servizi di Salute Mentale). Rimane ancora da approfondire il tema delle caratteristiche del contratto non solo a riguardo dei Servizi psichiatrici ma anche dei Ser.T, ovvero di tutti i Servizi della Salute Mentale che l'organizzazione sanitaria regionale dell'Emilia Romagna prevede integrati in un unico Dipartimento. Ma così non è

nell'organizzazione sanitaria inglese; infatti le LG NICE si riferiscono ai Servizi per le tossicodipendenze come servizi diversi dai Servizi di Salute Mentale, cioè come Servizi ai quali inviare il paziente borderline per il trattamento della eventuale dipendenza in comorbidità.

Un secondo ipotetico sottoquesito è: “se sia possibile, formulare un contratto con uguali caratteristiche da parte dei Servizi psichiatrici e dei Ser.T per il trattamento dei DGP”. E' questo un obiettivo che deve tenere in forte considerazione le diversità organizzative di questi servizi. Va riconosciuto che in Italia, anche se con forti differenze regionali, è in atto un avanzato processo d'integrazione culturale tra Servizi di Salute Mentale e Servizi per le Dipendenze Patologiche. Ma il processo di integrazione organizzativa è fortemente limitato dalle differenze di mandato e di risorse. Si può sostenere, a ragione, che la diversità tra le due aree della fascia adulta del DSM DP costituitosi in Emilia Romagna, (Salute Mentale e Ser.T) sia una ricchezza nel percorso di cura del paziente DGP perché, stante l'imprevedibilità della richiesta d'aiuto, le comorbidità, gli agiti, le crisi, il ricorso ai servizi d'emergenza-urgenza, i ricoveri, gli abbandoni, ..., è utile disporre di più punti d'accesso integrati nella rete dei servizi. Anche perché il trattamento dei pazienti con DGP va concepito come un insieme di percorsi/episodi di cura tra loro integrati o integrabili. Questa valenza positiva del DSM DP si riscontra soprattutto sul piano dell'offerta di cura, mentre sul piano organizzativo dei percorsi è di più difficile attuazione quanto previsto dalle raccomandazioni della LG NICE. Si pensi ad esempio alle prime raccomandazioni generali, quali: garantire pari accessibilità ed equità nel trattamento. Basti pensare alle diverse procedure d'accoglienza tra i 2 Servizi (richieste d'aiuto corrispondenti a bisogni contingenti diversi; modalità diagnostiche, tempi e modi della valutazione diversi), alle maggiori difficoltà a individuare precocemente nei SerT una diagnosi di DP perché l'assunzione delle sostanze ne modifica l'espressione, Per quanto riguarda il percorso di cura, si deve senz'altro tener conto che i due Servizi sono una ricchezza nel momento in cui possono offrire risorse diverse a bisogni diversi che possono subentrare nell'iter terapeutico. Ma bisogna anche considerare che la diversa organizzazione e distribuzione delle risorse incide e condiziona il setting, la formulazione del progetto di cura e di conseguenza il contratto, a seconda di quale Servizio accoglie il paziente.

Bisogna tener conto anche del fatto che le diverse sostanze d'abuso, come anche le diverse forme di dipendenza comportamentale, hanno una sorta di effetto patoplastico sulla personalità del paziente. Nella prassi dei Ser.T si sono affermati specifici percorsi di cura per pazienti con dipendenze diverse. Pertanto se un paziente ha una diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, ad esempio, ma è dipendente da eroina sarà inserito in un percorso di cura diverso dal paziente con analogo diagnosi di DP dipendente da cocaina o da alcool, o da gioco d'azzardo patologico, o da internet e così via. Perché alla psicopatologia di base si associano le problematiche del craving e dell' “innamoramento con la dipendenza” che necessitano di procedure specifiche.

Si devono infine considerare altre 2 correlati questioni rilevanti: “chi rappresenta il Servizio nel contratto?” e “Il contratto può essere sospeso unilateralmente dagli attori del contratto?”

Occorre tener conto delle normative vigenti che sanciscono il concetto di posizione di garanzia per il professionista sanitario che stipula un contratto terapeutico con un paziente; la consapevolezza della posizione di garanzia deve sapersi coniugare nel professionista sanitario con l'impegno ad aiutare il paziente a sviluppare autonomia e senso di responsabilità. Oltre al paziente, l'altro attore del contratto è il professionista sanitario oppure il Servizio a nome del quale gli operatori agiscono.

Altro tema da approfondire si riallaccia alle indicazioni del Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000, secondo le quali tutti i Servizi di Salute Mentale sono tenuti in Italia ad avere un'attitudine proattiva, di non attesa, nei confronti del paziente, intervenendo attivamente sulla sua motivazione al trattamento, ricercando il consenso alla cura, ma anche, se necessario, obbligandolo alle cure. Per i trattamenti di lungo corso è bene esplicitare che la pro-attività e la continuità terapeutica deve essere garantita dal Servizio, oltre che dal singolo operatore.

## **6.6 ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE (SUCCESSIVA ALL'AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012))**

E' stato effettuato un aggiornamento della letteratura internazionale utilizzando la stessa metodologia di ricerca delle linee guida NICE ed estendendo il periodo fino a aprile 2012. Sono stati reperiti 249 articoli, i cui abstract sono stati successivamente esaminati indipendentemente da 2 ricercatori. Da questa prima scrematura sono stati individuati 2 articoli pertinenti.

### **6.6.1 Ben Porath DD (2004) Strategies for securing commitment to treatment from individuals diagnosed with borderline personality disorder. *J.Contemp. Psychother.*; 34: 247-263.**

STUDIO OSSERVAZIONALE: Evidenza 3

Le persone con diagnosi di disturbo borderline di personalità, sono notoriamente difficili da ingaggiare in un rapporto terapeutico. Lo scopo di questo lavoro è quello di mettere in luce le strategie terapeutiche che possono facilitare l'alleanza terapeutica in pazienti con DBP. Le sette strategie comprendono: la valutazione collaborativa, l'uso di un contratto, l'intervista motivazionale, il collegare gli scopi del trattamento con gli obiettivi del paziente, strategie di ingaggio, la validazione e l'uso di metafore. Per spiegare questi concetti vengono presentate e descritte delle situazioni cliniche.

### **6.6.2 Wong M.T. (2005) Low hospital inpatient readmission rate in patients with borderline personality disorder: a naturalistic study at Southern Health, Victoria, Australia. *Aust. N.Z.J. Psychiatry*; 39: 607-611.**

REVIEW RETROSPETTIVA: Evidenza 3

Obiettivo: studiare come il protocollo standard ed il contratto speciale di gestione sono collegati con il profilo clinico dei pazienti con disturbo borderline di personalità e la loro ammissione ad un trattamento ospedaliero. Metodo: review retrospettiva attraverso i dati naturalistici nell'arco temporale di due anni del Client Management Interface. Il gruppo di pazienti con un protocollo standard di gestione, sono stati confrontati con un gruppo di pazienti con uno speciale contratto di trattamento rispetto alle variabili: dati demografici, numero di ricoveri, durata della permanenza e comorbidità. Risultati: 80 pazienti ricevettero una diagnosi di disturbo borderline di personalità. La maggior parte di essi (81,2%) furono trattati con un protocollo standard di gestione e solo il 41,5% ebbe più di un ricovero. Il gruppo che aveva un contratto speciale di trattamento ebbe un numero complessivo di ricoveri maggiore dell'altro ( $p < 0.001$ ), un numero maggiore di ricoveri sia che avessero ( $p < 0.001$ ) che non avessero ( $p = 0.001$ ) una diagnosi di disturbo borderline di personalità, un numero più elevato di comorbidità ( $p = 0.004$ ), ma un numero non superiore di accessi alle strutture di emergenza. Conclusioni: la maggior parte dei pazienti con disturbo borderline di

personalità trattati con il protocollo standard di gestione presentano bassi punteggi di riammissione. Il piccolo gruppo di pazienti con comorbidità gestito con un contratto speciale di trattamento ha più ricoveri ma un numero inferiore di accessi ai servizi di emergenza-urgenza.

## 6.7 TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI

Livello di evidenza	Tipo di evidenza (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
3	<p>Ben Porath DD (2004) Strategies for securing commitment to treatment from individuals diagnosed with borderline personality disorder. <i>J.Contemp. Psychother.</i>; 34: 247-263.</p> <p>Wong M.T. (2005) Low hospital inpatient readmission rate in patients with borderline personality disorder: a naturalistic study at Southern Health, Victoria, Australia. <i>Aust. N.Z.J. Psychiatry</i>; 39: 607-611.</p>

## 6.8 ANALISI DEI FATTORI LOCALI CHE OSTACOLANO O FAVORISCONO L'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DELLA LG (PIANI PER L'ACCESSO DEI DSM – DP – RER)<sup>8</sup>

RACCOMANDAZIONI	FATTORI LOCALI FACILITANTI	FATTORI LOCALI OSTACOLANTI
Progetto di cura	Carta dei servizi, standard di prodotto e relativi indicatori: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delle procedure di accesso</li> <li>• Della appropriatezza del percorso</li> <li>• Della valutazione e della diagnosi</li> <li>• Condivisione del progetto terapeutico con il paziente</li> <li>• Standard per l'accettazione psichiatrica in condizioni di urgenza</li> </ul>	

## 6.9 RACCOMANDAZIONI SULLA BASE LETTERATURA E/O METODOLOGIA DI CONSENSO

*Lavorare in collaborazione con le persone con Disturbo Grave di Personalità per sviluppare autonomia e capacità di scelta:*

1. *facendo in modo che rimangano attivamente coinvolti nel trovare delle soluzioni ai loro problemi anche durante le crisi.*

<sup>8</sup> Azioni del DSM-DP per il Progetto regionale "Piano per l'accesso". Finanziamento DGR n. 1684/2010.

2. *incoraggiandoli a prendere in considerazione le diverse possibilità di trattamento e le diverse possibilità di scelta a loro disposizione nella vita, ed anche le diverse conseguenze che le loro scelte possono avere.*

*Quando si lavora con le persone con un Disturbo Grave di Personalità:*

- *esplorare le diverse possibilità di trattamento con fiducia e speranza, spiegando che il cambiamento è possibile ed auspicabile;*
- *costruire una relazione di fiducia lavorando in modo aperto, coinvolgente e non giudicante, mantenendo una posizione coerente ed attendibile;*
- *considerare, mentre si fornisce un servizio, che alcune persone hanno vissuto una esperienza di rifiuto, abuso e trauma e si sono imbattuti nello stigma spesso associato ai gesti di autolesionismo;*

*Aspettarsi che nelle persone con un DGP l'abbandono e la conclusione di un trattamento o di un servizio o il passaggio da un servizio ad un altro, possano evocare forti emozioni e reazioni.*

*Assicurarsi che:*

- *tali cambiamenti siano stati discussi in precedenza con la persona (e con i familiari se necessario);*
- *il progetto preveda una collaborazione con altri sistemi di cura durante la fase di chiusura o di transizione e la possibilità di accesso ai servizi in momenti di crisi.*

*Il trattamento fa sempre capo ad una equipe di riferimento, e non a singoli professionisti, che devono essere introdotti al paziente (e ai suoi familiari) specificandone i ruoli e le competenze rispetto all'attualizzazione del piano di cura. L'equipe che lavora con persone con Disturbi Gravi di Personalità deve sviluppare un progetto di cura multidisciplinare in collaborazione con i pazienti (e i loro familiari, quando d'accordo con la persona).*

*Il trattamento è orientato a generare soluzioni nei confronti delle crisi fondate sulle competenze attive del soggetto (e dei suoi familiari) e non sul principio di delega al servizio. Il progetto di cura deve:*

- *identificare chiaramente i ruoli e le responsabilità di tutti i professionisti della salute mentale e sociale coinvolti;*
- *identificare gli obiettivi a breve termine del trattamento e gli specifici steps intermedi che la persona e gli altri devono raggiungere;*
- *identificare gli obiettivi a lungo termine, inclusi quelli lavorativi ed abitativi che sostengono le strategie del trattamento a lungo termine: obiettivi realistici e connessi agli obiettivi a breve termine;*
- *sviluppare un piano per la gestione delle crisi (vedi).*

**I bisogni possono essere mutevoli nel tempo e richiedere cambiamenti operativi di setting e di equipe di riferimento; tutti i passaggi vanno adeguatamente predisposti e seguiti dalle equipe invianti a quelle riceventi. Particolarmente significativi i passaggi tra NPIA e servizi per adulti e quelli che riguardano CSM e Sert per i DGP con comportamenti di abuso e/o dipendenza da sostanze. In particolare per le comorbilità DD al paziente (e ai suoi**

familiari) devono essere fornite tutte le informazioni necessarie per comprendere la doppia referenza e le specificità e diversità di setting rapportandole ai bisogni di assistenza.

I rischi derivanti dai comportamenti distruttivi devono essere esplicitati riferendo al paziente (e ai suoi familiari) quali sono le effettive possibilità di intervento e le aree di responsabilità consentite dalle missioni dei servizi. Nel caso in cui tali rischi siano elevati, sulla base di elementi concreti, è necessario lavorare in collaborazione con le forze dell'ordine e/o della magistratura rispettando il diritto del paziente di esserne informato.

La diagnosi deve essere comunicata apertamente al paziente (e ai suoi familiari) illustrando le strategie terapeutiche che saranno attivate.

Il contratto si sostanzia in un atto scritto e proceduralizzato che viene redatto in duplice (triplice) copia e sottoscritto dagli attori, nel quale è dato spazio a:

- a. la descrizione degli obiettivi di cura (di lungo e medio termine);
- b. le competenze attivate dall'equipe;
- c. le competenze richieste all'utente (e alla sua famiglia);
- d. le condizioni specifiche che possono orientare verso un passaggio di setting (inteso sia come modalità operativa che come servizio);
- e. il piano di gestione delle crisi (vedi quesito 4)

## **7 QUALI SONO GLI INTERVENTI PIÙ EFFICACI PER GESTIRE LE CRISI PSICOPATOLOGICHE E COMPORTAMENTALI ACUTE IN CORSO DI TRATTAMENTO DEL DISTURBO GRAVE DI PERSONALITÀ NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE?**

### **7.1 INTRODUZIONE**

I pazienti con Disturbi Gravi di Personalità richiedono spesso interventi in condizioni di crisi che, pur assumendo espressioni diverse sul piano psicopatologico e comportamentale, sono sostenute dalle caratteristiche nucleari del disturbo e dalla sua frequente presentazione in comorbidità con Disturbi d'Ansia, Disturbi dell'Umore e da Disturbi da Abuso di Sostanze (DCA)

Caratteristicamente vulnerabili e reattivi agli stimoli esterni, questi pazienti agiscono il loro disagio mettendo in atto comportamenti disfunzionali e spesso a rischio per la propria incolumità in maniera impulsiva, rabbiosa e sostanzialmente imprevedibile, elementi che se da un lato caratterizzano nella maggior parte dei casi la crisi, dall'altro riducono la possibilità per il consulente chiamato a gestirla, o per lo stesso curante, di effettuare una realistica valutazione prognostica.

Il clinico che interviene in condizioni di urgenza deve disporre di strumenti che gli consentano, contestualmente, di effettuare un corretto inquadramento diagnostico e di individuare, sulla base delle priorità rilevate, l'intervento più appropriato.

La complessità della valutazione della crisi e la necessità di adottare strategie finalizzate alla sua risoluzione presuppongono quindi che il percorso assistenziale globalmente inteso disponga, da un lato, di professionisti con competenze appropriate al contesto in cui operano e, dall'altro, della strutturata definizione dei contesti di cura che consentano di fornire una risposta adeguata nell'immediato e a breve termine.

Il professionista deve pertanto disporre di competenze tecniche specifiche, effettuare una corretta valutazione e gestione del rischio, adottare un approccio relazionale coerente con i principi per la gestione generale della crisi, garantire il follow-up e proporre, in maniera flessibile, ma definita, offerte assistenziali diversificate ed idonee al superamento della stessa che si sostanziano nel:

- coinvolgere il paziente in una partecipazione attiva e motivarlo a riprendere o ad intraprendere un percorso di cura;
- concordare un invio per una valutazione finalizzata ad una presa in carico territoriale;
- coinvolgere i familiari;
- erogare un trattamento farmacologico;
- attivare il trattamento dei comportamenti auto-lesivi e dei tentativi di suicidio;
- disporre quando indicato, un immediato ricovero in ambiente ospedaliero .

### **7.2 ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 4 DEL CS.**

#### **7.2.1 Quesito 4**

Il quesito formulato dal CS sulla crisi è il seguente:

*“Quali sono gli interventi più efficaci per gestire le crisi psicopatologiche e comportamentali acute in corso di trattamento del Disturbo Grave di Personalità nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche?”*

### 7.3 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE RELATIVE AL QUESITO 4 DEL CS.

#### 7.3.1 La gestione della crisi

La ricorrenza delle crisi nei pazienti con DBP, diversamente da quanto avviene nella popolazione generale e in altre patologie psichiatriche, rappresenta una caratteristica stabile del disturbo che si connota per un'elevata vulnerabilità allo stress e per una sostanziale tendenza a reagire allo stesso in maniera disfunzionale.

Il paziente in crisi può rivolgersi a servizi di Primo, di Secondo e di Terzo livello in maniera caotica ed inappropriata, in altri termini non sulla base del motivo della richiesta e del grado di urgenza, ma della propria difficoltà a fronteggiare la situazione. In proposito va precisato che la gestione della crisi può riguardare situazioni molto diverse e richiedere al clinico l'adozione di approcci ed interventi diversificati che, da un estremo all'altro, possono indicare l'opportunità di fornire un supporto emotivo o la necessità di contenere un rischio suicidario.

#### 7.3.2 Principi e trattamento generale della crisi

##### *Box 4.1 Raccomandazioni LG NICE Quesito 4 CS*

Quando una persona con un disturbo borderline di personalità si presenta durante una crisi, consultare il programma per la gestione della crisi:

- Mantenere la calma e non assumere un atteggiamento minaccioso
  - Provare a comprendere la crisi dal punto di vista della persona
  - Approfondire le cause di stress per la persona
  - Utilizzare un linguaggio chiaro ed empatico, compreso un atteggiamento validante per individuare l'origine e lo sviluppo dei problemi attuali
  - Provare a stimolare la ricerca di soluzioni
  - Evitare di minimizzare le motivazioni addotte dalla persona per spiegare la crisi
  - Evitare di offrire delle soluzioni prima di aver ottenuto una completa e chiara comprensione del problema
  - Considerare altre possibilità prima di procedere ad un ricovero nell'unità di crisi
  - Offrire alla persona la possibilità di un incontro di verifica a distanza di tempo concordata.
- Bilanciare lo sviluppo dell'autonomia e delle capacità dei giovani con disturbo borderline di personalità con le responsabilità dei genitori.
- Essere informati sui riferimenti di legge che si applicano alle persone giovani, compresi il MentalCapacityAct, il ChildrenActs e il MentalHealthAct .

#### 7.3.3 Il trattamento farmacologico durante una crisi

La prescrizione farmacologica, pur non trovando specifica indicazione né rappresentando il trattamento d'elezione del DBP (raccomandazione 10.3.5), assume il valore di una strategia d'intervento integrativa nel momento in cui subentra la necessità di contenere, in maniera sintomatica, la disregolazione affettiva, il discontrollo impulsivo-comportamentale o i disturbi della sfera percettivo-cognitiva. Una valutazione a parte riguarda il trattamento delle comorbidità

(raccomandazione 10.3.6.) e il trattamento farmacologico durante la crisi (raccomandazione 10.3.7.2. e 10.3.7.3).

*Box 4.2 Raccomandazioni LG NICE Quesito 4 CS*

Prima di prescrivere un trattamento farmacologico a breve termine per persone con disturbo borderline di personalità durante una crisi (vedi raccomandazioni 10.3.5.4):

- Condividere la scelta del farmaco fra i medici che prescrivono farmaci ed altri eventuali professionisti coinvolti e stabilire una figura che si occuperà della prescrizione.
- Individuare i possibili rischi della prescrizione fra cui anche l'utilizzo di alcol o droghe.
- Tenere in considerazione il ruolo psicologico della prescrizione sia per l'individuo che per che per il medico e l'impatto che una prescrizione farmacologica può avere sulla relazione terapeutica e sul progetto di cura complessivo, incluse le strategie di trattamento a lungo termine.
- Assicurarsi che una terapia non venga utilizzata al posto di interventi più appropriati.
- Prescrivere un solo farmaco
- Quando possibile evitare l'utilizzo di politerapie

Quando si prescrive una terapia a breve termine per una persona con un disturbo borderline di personalità durante una crisi:

- Scegliere un farmaco come sedativo antistaminico che abbia un profilo di bassi effetti collaterali, che presenti un basso rischio di indurre dipendenza, minima possibilità di abuso e abbastanza sicuro in caso di overdose (alto indice terapeutico).
- Usare minima dose efficace
- Prescrivere poche confezioni con una maggiore frequenza per evitare il rischio di overdose
- Condividere con la persona quali sono i sintomi bersaglio della cura, monitorare l'andamento, e prevedere la durata del trattamento.
- Concordare con la persona un programma di adesione al trattamento
- Interrompere in trattamento farmacologico se dopo un certo periodo di tempo non si osservano modificazioni dei sintomi bersaglio.
- Considerare trattamenti alternativi, compreso un trattamento psicologico, se i sintomi bersaglio non migliorano o il livello di rischio non diminuisce
- Fissare un appuntamento per rivalutare tutto il progetto di cura, compresi sia il trattamento farmacologico che gli altri trattamenti, appena viene superata la crisi.

#### 7.3.4 **Follow-up dopo la crisi**

*Box 4.3 Raccomandazioni LG NICE Quesito 4 CS*

Appena la crisi si risolve o si attenua, assicurarsi che il programma di gestione della crisi e più in generale l'intero progetto di cura venga aggiornato appena possibile in base al cambiamento della situazione ed identificare quali strategie di trattamento possano risultare più efficaci. Questo dovrebbe essere fatto insieme alla persona con disturbo borderline di personalità e la sua famiglia laddove possibile, e dovrebbe includere:

- Una revisione della crisi e dei fattori che l'hanno preceduta, tenendo in considerazione i fattori ambientali, personali e relazionali.
- Una revisione della terapia farmacologica, compresi i benefici, gli effetti collaterali, ogni possibile conseguenza in termini di sicurezza e il ruolo complessivo delle strategie di cura
- Un programma per completare il trattamento farmacologico iniziato durante la crisi, in genere entro una settimana.
- Una revisione dei trattamenti psicologici, includendo il loro ruolo nelle strategie complessive di cura e il loro possibile ruolo nella comparsa della crisi.

Se il trattamento farmacologico viene iniziato durante una crisi non dovrebbe essere interrotto prima di una settimana, dovrebbe esserci un regolare monitoraggio sugli effetti del farmaco nel ridurre i sintomi, gli effetti collaterali, l'abuso, la dipendenza. La revisione dovrebbe essere concordata con la persona ed inserita all'interno del progetto generale di cura.

La valutazione clinica del paziente in una situazione di crisi pone criticità particolari in relazione al fatto che l'intervento del clinico può essere motivato da condotte autolesive e tentativi di suicidio, ripetuti o al primo episodio. Numerosi sono i pazienti con Disturbo Borderline di Personalità che presentano un livello cronicamente elevato rischio suicidario, superiore a quello rilevabile nella popolazione generale, a cui può sovrapporsi, in situazioni particolari, un livello di rischio in acuto, solitamente più allarmante. La valutazione del rischio suicidario deve essere condotta con la massima attenzione in modo da garantire interventi immediati seppure diversificati (invio al terapeuta se già in carico, valutazione per un trattamento della suicidarietà, sostegno familiare, approccio farmacologico, ospedalizzazione) in relazione alle caratteristiche specifiche del singolo caso.

### 7.3.5 **Trattamento dei comportamenti auto-lesivi e dei tentativi di suicidio**

*Box 4.4 Raccomandazioni LG NICE Quesito 4 CS*

Seguire le raccomandazioni in “Self-harm” (NICE linea guida 16) per la gestione degli episodi di autolesionismo e i tentativi di suicidio.

Per le donne con un disturbo borderline di personalità per le quali la riduzione dei gesti autolesionistici è una priorità, è necessario considerare un programma completo di trattamento con un modello di terapia dialettico comportamentale.

### 7.3.6 Servizi ospedalieri

#### Box 4.5 Raccomandazioni LG NICE Quesito 4 C

Prima di prendere in considerazione il ricovero in una unità di crisi psichiatrica ospedaliera per una persona con un disturbo borderline di personalità, provare ad inviare la persona ad una équipe che svolga un trattamento domiciliare per la risoluzione della crisi o altre realtà locali eventualmente disponibili in alternativa al ricovero.

Prendere in considerazione il ricovero soltanto se:

- Il trattamento della crisi comporta un rischio significativo per il paziente e/o per gli altri e non può essere gestito in nessun altro servizio o luogo
- L'ospedalizzazione è disposta dall'Autorità Giudiziaria (Detenzione disposta per qualsiasi motivo, sotto la giurisdizione del Mental Act);

Quando si considera il ricovero per una persona con un disturbo borderline di personalità, è importante coinvolgerlo attivamente in questa decisione e:

- Assicurarsi che la decisione sia basata sull'esplicita e condivisa comprensione dei possibili benefici così come dei rischi connessi al ricovero
- Concordare precedentemente la durata e la finalità del ricovero
- Assicurarsi che qualora, per circostanze estreme, sia necessario un trattamento obbligatorio, venga raggiunto un accordo ed una volontarietà appena possibile.

Organizzare revisione del programma per le persone con disturbo borderline di personalità che in 6 mesi sono state ricoverate due o più volte.

## 7.4 ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE SUCCESSIVA ALL'AGGIORNAMENTO DELLE LG (2011-2012)

E' stato effettuato un esame della letteratura internazionale riguardante la gestione della crisi.

In particolare sono stati individuati 129 articoli i cui abstract sono stati successivamente esaminati indipendentemente da 2 ricercatori. Da questa prima scrematura sono stati individuati 12 articoli pertinenti e riguardanti il problema della gestione della crisi.

- 7.4.1 **Berrino A., Ohlendorf P., Duriaux S., Burnand Y., Lorillard S., Andreoli A. (2011) Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Res.*; 186:287-92.**

STUDIO SPERIMENTALE: Evidenza 2

Questo studio indaga se la strategia di gestione utilizzata all'interno dell'unità di crisi (CI) al General Hospital, è adatta ai pazienti borderline che si rivolgono al pronto soccorso per gesti autolesivi. Due coorti di pazienti (n.200) con diagnosi di disturbo borderline di personalità sono stati valutati rispetto ai gesti autolesivi e all'utilizzo dei servizi. All'arrivo in pronto soccorso, 100 soggetti ricevettero l'intervento di crisi CI, mentre 100 soggetti (reclutati prima dell'implementazione del servizio CI) furono assegnati al TAU. Al follow-up di tre mesi, furono registrati globalmente una elevata proporzione di gesti autolesivi ripetuti ed un numero elevato di ospedalizzazioni. Tuttavia i punteggi nel gruppo CI era inferiori: 8% di gesti autolesivi ripetuti e l'8% delle ospedalizzazioni, contro il 17% ed il 56% nel gruppo TAU. La spesa complessiva per l'ospedalizzazione psichiatrica è stata di 728.840 franchi svizzeri per i CI e 913.340 per il TAU. Questo studio indica che rispetto al numero di ospedalizzazioni ed al numero di gesti autolesivi ripetuti il modello di gestione CI può rappresentare una strategia efficace per i pazienti borderline in uno stato di crisi acuta.

- 7.4.2 **Borschmann R., Henderson C., Hogg Joanna, Philips R., Moran P. (2012) Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issues 6.**

REVIEW: evidenza 1

Le persone con disturbo borderline di personalità si presentano ai servizi di cura spesso in crisi con pensieri suicidari o gesti autolesivi. Nonostante ciò, si hanno poche conoscenze su cosa è più efficace nell'affrontare la crisi in questo tipo di popolazione. **Obiettivi** L'obiettivo di questo studio è una review dell'efficacia degli interventi di crisi per adulti con disturbo borderline di personalità in qualsiasi contesto. Per lo scopo di questa review è stato definito intervento di crisi "un'immediata risposta di uno o due individui all'esperienza di stress acuto di un altro individuo, che viene indicata come risposta alla messa in sicurezza e assistenza per un periodo che non sia più lungo di un mese". **Metodologia di ricerca** La ricerca si è focalizzata sui seguenti database da settembre 2011: CENTRAL (TheCochrane Library 2011, Issue 3),MEDLINE (1948 to August Week 5 2011), MEDLINE In Process & Other Non-indexed Citations (8 September 2011), EMBASE (1980 to Week 36 2011), PsycINFO (1806 to September Week 1 2011), CINAHL (1937 to current), Social Services Abstracts (1979 to current), Social Care Online (12 September 2011), Science Citation Index (1970 to current), Social Science Citation Index (1970 to current), Conference Proceedings Citation Index - Science (1990 to current), Conference Proceedings Citation Index - Social Science and Humanities (1990 to current) and ZETOC Conference proceedings (12 September 2011). Sono state ricercate le dissertazioni in WorldCat (12 September 2011), Australasian Digital Theses Program (ADTP; 12 September 2011), Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD), 12 September 2011 and Theses Canada Portal (12 September 2011). I trials sono stati ricercati in the International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) e sono state ricercate le reference lists dalla letteratura rilevante. Inoltre sono stati contattati i 10 ricercatori che hanno pubblicato maggiormente articoli sul tema (indicati come esperti da BioMed), oltre che contattare esperti come, Marsha Linehan, Arnoud Arntz e Paul Links, per trials in corso o articoli non ancora pubblicati. **Criteri di selezione.** Studi randomizzati controllati (RCTs) che confrontano interventi di

gestione della crisi con trattamenti comuni, o assenza di intervento, o una lista di attesa di controllo di adulti di qualsiasi età con un disturbo borderline di personalità. **Raccolta dei dati ed analisi** Due autori indipendenti hanno selezionato i titoli, gli abstract e il testo completo e li hanno valutati secondo i criteri di inclusione. **Principali risultati** La ricerca ha individuato 15 studi, 13 dei quali furono esclusi. Le motivazioni di questa esclusione sono state: mancanza di randomizzazione (n=8); individuazione retrospettiva (n=2); o un intervento che si configurava come una complessa terapia psicologica di durata superiore ad un mese (n=3). Abbiamo individuato due studi che rispettavano i criteri di inclusione con un campione complessivo di 688. Questi trials sono in corso e i loro risultati non sono stati inclusi nella review, sebbene lo saranno nelle future revisioni. **Conclusioni** Una ricerca della letteratura ha mostrato che attualmente non esistono RCT evidence based per la gestione degli episodi di crisi acuta nelle persone con disturbo borderline di personalità e quindi non è possibile trarre alcun tipo di conclusione in merito all'efficacia di qualsiasi singolo intervento. Vi è necessità di RCT di elevata qualità, ampia scala e forti in quest'area.

#### 7.4.3 Goodman M, Roiff T, Oakes AH, Paris J (2011) Suicidal risk and management in borderline personalità disorder. *Curr. Psychiatry Rep*, 1-7.

##### STUDIO NON ANALITICO Evidenza 3

In questo studio viene condotta un revisione dell'avanzamento delle conoscenze sul suicidio nelle persone con disturbo borderline di personalità, con una attenzione alla valutazione del rischio di suicidio, le linee guida dei trattamenti e le considerazioni medico legali. È stato trovato materiale rilevante in merito alla distinzione fra i suicidi compiuti e i tentativi di suicidio, il contributo della linea guida dell'APA, il ruolo controverso delle ospedalizzazioni e le diverse strategie di gestione delle controversie. Nonostante il materiale accumulato sul suicidio del disturbo borderline di personalità, lo stato attuale delle conoscenze offre un corredo limitato di trattamenti dedicati alla prevenzione del suicidio, creando sconforto nei clinici e paura in caso di controversie per le situazioni di suicidio riuscito. Promettenti sembrano essere i nuovi interventi che prevedono meno risorse- psicoterapie intensive e interventi brevi per la crisi.

#### 7.4.4 Haq S.U., Subramanyam D., Agius M. (2010) Assessment of self harm in an accident and emergency service- the development of a proforma to assess suicide intent and mental state in those presenting to the emergency department with self harm. *Psychiatr. Danub.*; 22 Suppl 1: S26-S32.

##### STUDIO NON ANALITICO: Evidenza 3

Il Regno Unito ha i punteggi più elevati rispetto al resto d'Europa per gesti autolesivi, attorno a 400 per 100.000 persone (Horrocks et al., 2002). Nelle motivazioni che portano 150.000 pazienti l'anno a rivolgersi al dipartimento di Emergenza, questa rappresenta una delle cinque cause principali di ammissione ai servizi medici di emergenza. **Scopo:** gli obiettivi includono l'indagine sul metodo utilizzato per l'autolesionismo e i fattori demografici di coloro che si presentano presso l'unità di Emergenza con un gesto di autolesionismo. Inoltre si vuole raccogliere la modalità utilizzata dai medici per esplorare i fattori di rischio e l'intenzione suicidaria e se venga fatta una consulenza presso il servizio psichiatrico laddove necessaria per una valutazione dello stato mentale generale. Lo scopo è conoscere le attuali pratiche legate ai reparti di emergenza in accordo con le linee guida NICE. **Metodologia:** i dati sono stati raccolti in maniera retrospettiva da febbraio ad agosto 2009. Le note erano relative alla raccolta di informazioni sull'evento, la valutazione psichiatrica, i fattori

di rischio di suicidio ed ulteriori considerazioni. **Risultati:** 14 dei 25 pazienti presentati avevano avuto un'overdose. 9 si erano inflitti delle lacerazioni. In 2 casi era stato ritrovato più di un elemento. Una storia psichiatrica antecedente era stata documentata in 16 casi. 11 avevano una storia precedente di ansia e disturbo depressivo; 1 aveva un disturbo bipolare; 1 in passato era stato diagnosticato come borderline; 3 pazienti non avevano una storia precedente. In 9 casi la storia psichiatrica precedente non era documentata. **Discussione:** 25 cartelle mediche sono state riviste del periodo fra febbraio e agosto 2009 per persone che si sono presentate al servizio di emergenza con un tentato suicidio. Di queste 12 erano al di sopra di 25 anni di età, 17 erano femmine e 8 erano maschi. La maggior parte dei pazienti era bianco e di etnia britannica. 14 avevano avuto un overdose; 9 si erano auto inflitti delle lesioni e 2 entrambe le cose. I fattori di rischio e l'intenzione suicidarla era scarsamente documentata e lo stato mentale non veniva documentato in tutti i 25 casi. 18 sono stati considerati dal punto di vista medico da dimettere e da inviare per una consulenza al servizio psichiatrico. Questi risultati pongono una riflessione sulle pressioni che devono affrontare i medici dei servizi di emergenza insieme ad una inadeguata formazione sulla valutazione del rischio psicosociale. Questa scarsa documentazione prodotta nelle cartelle mediche richiede la formulazione di un protocollo che contenga i fattori di rischio di suicidio, la valutazione dell'intenzione di suicidio e una breve valutazione complessiva dello stato mentale. **Conclusioni:** alcune considerazioni sono state sollevate dal Royal College of Psychiatrists in merito al suicidio, sull'attuale livello di cura che sembrerebbe mancante degli standard evidenziati nelle politiche e nelle linee guida, con una valutazione carente, con un personale impreparato e con strumenti di cura insufficienti (Royal College of Psychiatrists. Report CR 158.2010). Questo studio suggerisce che una formazione appropriata e un intervento con il personale della medicina di emergenza potrebbe portare ad un miglioramento della qualità della valutazione psicosociale di pazienti con gesti autolesivi.

7.4.5 **Nadort M., Arntz A., Smith J.H., Giesen-Bloo J., Eikelenboom M., Spinhoven P. et al. (2009) Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorders with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behav. Res Ther.*, 47: 961-73.**

STUDIO RANDOMIZZATO: Evidenza 2

**Obiettivo:** questo studio ha lo scopo di valutare il successo dell'implementazione ambulatoriale della "schema focused therapy (ST)" per i pazienti con disturbo borderline di personalità in un centro di salute mentale e determinare il valore aggiunto della disponibilità telefonica del terapeuta in orari fuori servizio in caso di crisi (TTA). **Metodologia:** per favorire l'implementazione, furono applicati i seguenti adattamenti al protocollo originale: una riduzione nella frequenza e nella durata della terapia; una formazione ST dei terapeuti degli otto centri di salute mentale con un programma strutturato attraverso la visione di una serie di DVD con esempi di tecniche ST; formazione e supervisione da parte di esperti. La disponibilità telefonica al di fuori dell'orario di servizio fu attribuita in maniera randomizzata al 50% dei terapeuti di ciascun servizio di salute mentale. I punteggi di outcomes dei pazienti furono misurati attraverso una intervista semistrutturata e questionari autosomministrati sul BPD, la qualità della vita, la psicopatologia generale, e un questionario ST, prima durante e dopo il trattamento. **Risultati:** sono stati raccolti dati su 62 pazienti BPD definiti con il DSM-IV. I risultati sull'intenzione al trattamento mostrano che dopo un anno e mezzo di ST, il 42% dei pazienti ha un recupero dal BPD. Non sono stati trovati valori aggiuntivi nella disponibilità telefonica (TTA) e nessun altro valore dopo un anno e mezzo di ST. **Conclusioni:** ST per il BPD può essere implementata con successo all'interno dei servizi di salute

mentale. I risultati del trattamento e i drop out sono confrontabili ad un precedente trial clinico. Non si sono evidenziati ulteriori effetti nel supporto alla crisi della disponibilità telefonica TTA al di fuori dell'orario di servizio.

**7.4.6 Poynter B.A., Hunter J.J., Coverdale J.H., Kempinsky C.A. (2011) Hard to swallow: A systematic review of deliberate foreign body ingestion. *Gen. Hosp. Psychiatry*; 33: 518-24.**

STUDIO NON ANALITICO: Evidenza 3

**Obiettivo:** La deliberata ingestione di corpi estranei (DFBI) è spesso un atto impulsivo, ripetuto e refrattario al trattamento e frequentemente richiede interventi multipli dal punto di vista medico. Così, la frustrazione fra il personale di cura è elevata così come significativi i costi per la salute pubblica. Nonostante questo, la letteratura sul tema è scarsa e sono limitate le indicazioni sulla pianificazione e gestione del trattamento. Gli autori cercano di individuare i trattamenti e le strategie più efficaci per la prevenzione dei DFBI. Siamo partiti da un lavoro precedente fornendo strategie di gestione ampie e specifiche in base alla diagnosi. **Metodologia:** è stata condotta una revisione della letteratura sulla descrizione, gestione e prevenzione del DFBI. Sono illustrati quattro casi di DFBI con la descrizione della diagnosi psichiatrica (psicosi, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo borderline di personalità) maggiormente frequente nella pratica ospedaliera. Sono presentati gli approcci al trattamento specifici. **Risultati:** i pazienti con DFBI sono maggiormente gestibili all'interno di un approccio multidisciplinare seguendo il modello medico di gestione dell'acuzie. Sono previste strategie di prevenzione efficaci per il ripetersi di DFBI. **Conclusioni:** comprendere la funzione di questo comportamento è un punto critico nello sviluppo di un trattamento per i pazienti che attuano questo tipo di comportamento pericoloso e potenzialmente fatale. Un intervento che preveda aspetti medici, farmacologici e cognitivo-comportamentali è raccomandato.

**7.4.7 Steinert T., Tschoke S., Uhlmann C. (2010) Management of deliberate self-harm, suicidal tendency, and manipulative suicidal tendency during in-patient treatment of patients with borderline personality disorder. *Nervenheilkunde*;29:565-70.**

STUDIO NON ANALITICO: Evidenza 3

L'autolesionismo è per definizione un comportamento frequente nei pazienti con disturbo borderline di personalità. Assume diverse funzioni mentali, sociali ed anche neurobiologiche. I tentativi di suicidio sono frequenti ed indicano un maggiore rischio di suicidio. Circa il 10% dei pazienti muore per un suicidio e la percentuale di questo disturbo fra tutti coloro che si suicidano è stimata fra il 9% ed il 33%. Inoltre la tendenza suicidaria è un motivo frequente di ricovero. Nonostante l'elevato rischio di suicidio a lungo termine, il ricovero in ospedale e la sua durata sono stati lungamente discussi fino all'evidenza dei suoi scarsi benefici. L'ospedalizzazione può promuovere comportamenti regressivi con la tendenza ad usare in modo manipolativo le minacce di suicidio, incrementando i gesti di autolesionismo e delegando ad altri la responsabilità di sé. Diventa necessaria una strategia che rafforzi la responsabilità personale. Vengono fornite delle raccomandazioni sulla base delle esperienze condotte in un reparto di intervento sulla crisi.

**7.4.8 Vaiva G., Jardon V., Vaillant A., Ducrocq F. (2011) What can we do to prevent the suicide re-attempts? *Rev.Prat.*;61:202-7.**

STUDIO NON ANALITICO: Evidenza 3

Un soggetto che sopravvive ad un tentativo di suicidio (SA) continua di fatto ad appartenere al gruppo di pazienti a rischio di suicidio (il 40% hanno successivi tentativi e di questi fra il 20 ed il 25% mettono in atto un nuovo tentativo nei 12 mesi successivi al gesto iniziale). La prevenzione del rischio di suicidio diventa fondamentale anche per la prevenzione dei tentativi successivi. Inizialmente è importante il trattamento somatico e psichiatrico della patologia che sta alla base del primo tentativo di suicidio: trattare un disturbo depressivo dell'umore, prescrivere uno stabilizzatore al paziente bipolare, gestire il trattamento globale di un disturbo borderline di personalità. Alcune strategie sono state proposte con l'obiettivo di ridurre questi tentativi ripetuti. Alcune indicazioni si sono rivelate molto costose e di difficile realizzazione (interventi a casa, psicoterapie brevi erogate da Pronto Soccorso). Parallelamente, iniziative di "connessione", che non sono invasive nella vita della persona che tenta il suicidio, che non hanno lo scopo di sostituire un trattamento ma che cercano di proporre delle risorse effettive per la gestione della crisi, sembrano attualmente svilupparsi nell'intero territorio.

**7.4.9 Van Staveren R.(2011) Patient-centered communication during a borderline crisis. *Huisarts Wet.*; 54:441-3.**

STUDIO NON ANALITICO: Evidenza 3

La medicina centrata sul paziente si basa sul rispetto, l'accettazione, la genuinità e l'empatia, per cui il paziente viene considerato responsabile e competente. La comunicazione centrata sul paziente prevede un rapporto di lavoro piacevole e migliori risultati. Questo articolo descrive come medici di medicina generale e gli assistenti dovrebbe gestire pazienti con disturbo borderline di personalità durante una crisi con una modalità centrata sul paziente. I medici generici devono valutare il rischio di suicidio ogni volta che entrano in contatto con questi pazienti.

**7.4.10 Brakoulias V., Mandali R., Seymour J., Sammut P., Starcevic V. (2010) Characteristics of admissions to a recently opened Psychiatric Emergency Care Centre. *Australasian Psychiatry*; 18:326-9.**

STUDIO CASO CONTROLLO:Evidenza 2

Obiettivo: Il Psychiatric Emergency Care Centre (PECC) è un servizio relativamente recente che mira a migliorare il trattamento dell'emergenza di pazienti psichiatrici. L'obiettivo di questo lavoro è stato quello descrivere le caratteristiche degli accessi ad un PECC di recente costituzione. Metodo: Diverse caratteristiche chiave negli accessi alla PECC sono stati documentati per ciascuno dei 376 pazienti nei primi 6 mesi del suo funzionamento. Queste caratteristiche sono state poi confrontate con le caratteristiche dei ricoveri di 299 pazienti nel 'virtuale' PECC (un PECC all'interno del pronto soccorso generale) nei 6 mesi precedenti l'apertura del PECC. Risultati: il sintomo più comune di accesso del PECC era ideazione suicidaria (47,6%, n = 179) e la diagnosi più frequente effettuata nel PECC era disturbo di adattamento (35,9%, n = 135). Quando si confrontano gli accessi alla PECC 'virtuale', i ricoveri PECC sono stati caratterizzati da un uso significativamente meno frequenti della contenzione fisica e dell'aloiperidolo e del midazolam come farmaci PRN.Conclusioni: Anche se sono necessari ulteriori studi, un possibile vantaggio del PECC

può essere un uso meno frequente di contenzione fisica e farmaci PRN (per esempio aloperidolo e midazolam) indicati per i pazienti agitati e aggressivi.

**7.4.11 Lorillard S., Schmitt L., Andreoli A. (2011) How to treat suicide attempt? Part 2: A review of treatments and their efficiency among borderline personality disorder patients. *Ann.Med.-Psychol.*; 169:229-36.**

REVIEW: Evidenza 2++

Nella prima parte, abbiamo presentato i risultati di una revisione della letteratura dei trattamenti offerti ai pazienti che accedono al Dipartimento di Emergenza, dopo un tentativo di suicidio. Poiché i pazienti con disturbo borderline di personalità hanno un rischio di suicidio significativamente più alto e meritano una particolare attenzione per il loro particolare rischio di suicidio, abbiamo anche esaminato i trial randomizzati e controllati dei trattamenti volti a migliorare la suicidalità di tali pazienti. Diversi studi supportano l'efficacia di interventi strutturati, come la Terapia Dialettico Comportamentale, Il trattamento basato sulla Mentalizzazione, la psicoterapia focalizzata sul Transfert, la terapia Schema-Focused, varie terapie cognitivo-comportamentali, ecc. Tuttavia, uno dei limiti principali sembravano la mancanza di studi su pazienti con disturbo di personalità borderline reclutati nei reparti emergenze dopo un tentativo di suicidio. Questa review mette in evidenza la necessità di valutare meglio i pazienti dei servizi di emergenza, prendendo di mira i fattori di rischio, e di sviluppare le cure specifiche in base al rischio di recidiva, e in particolare sviluppare modalità terapeutiche per i pazienti con un disturbo di personalità borderline in fase acuta per suicidio.

**7.4.12 Sentissi O., Bartolomei J., Baeriswyl-Cottin R., Neu D., Rey-Bellet P. (2011) Crisis intervention: A retrospective study of 493 patients. *Eur.Neuropsychopharmacol.* 21:S617-S618.**

STUDIO NON ANALITICO: Evidenza 3

**Premessa:** I Brief Therapy Centers (BTCs) sono unità ambulatoriali di salute mentale basati su un modello psicodinamico della gestione delle crisi. Uno degli obiettivi principali è fornire ai pazienti una valida alternativa all'ospedalizzazione. Questi centri possono gestire le crisi dei pazienti sull'arco delle 24 ore; hanno un approccio multidimensionale basato su interventi di psicoterapia individuale e familiare; possono fornire una risposta farmacologica, strutturare degli interventi sociali e offrire un temporaneo ricovero (da 1 a 7 notti). I BTCs dovrebbero essere di facile accesso e sono pensati per offrire una risposta terapeutica in meno di 24 ore. La durata media di un intervento sulla crisi è di 4/6 settimane e non include alcun intervento domiciliare. **Metodo:** è stato condotto uno studio pilota con una indagine retrospettiva su un campione di 493 pazienti accolti al BTC di Ginevra durante il 2006 individuandone le variabili cliniche e demografiche. **Risultati:** dei 493 pazienti, solo il 65,5% sono stati inseriti in un programma di gestione della crisi, mentre il 25,5% ricevette assistenza infermieristica con intervento medico e con una permanenza al centro di una o due notti. Il 9% non accettò alcuna cura. Questi due gruppi sono stati descritti in un precedente articolo. Dei 323 pazienti inseriti nel programma di gestione della crisi, 163 furono ammessi una sola volta mentre 160 furono accolti almeno due volte al BTC. Non sono state ritrovate differenze di genere o età fra questi due gruppi o differenze nel numero di giorni di trattamento. Abbiamo riscontrato differenze significative nello stato civile: il 55,8% di coloro che venivano accolti una sola volta era sposato, mentre il 43,8% dei pazienti "revolving door" era

sposato ( $F(1,321)=5.8; P<0.05$ ). Inoltre, confrontando i pazienti che tornavano, i pazienti con un unico accesso avevano un livello socio-economico più elevato (20,2% vs. 10,6%) e una condizione lavorativa più stabile (44,8% vs. 30,6%);  $P<0.05$ . Abbiamo riscontrato che la maggior parte di coloro che avevano nel 2006 un solo accesso avevano un disturbo affettivo che talvolta aveva un significativo impatto sul funzionamento sociale, mentre la diagnosi di disturbo bipolare e disturbo borderline di personalità era più frequente nei pazienti con più accessi (19,4%, 24,4% vs. 9,2%, 9,8%;  $P < 0.01$ ). Le diagnosi di disturbo d'ansia e di dipendenza da sostanze erano paragonabili nei due gruppi. **Conclusioni:** il presente studio supporta lo sviluppo di servizi ambulatoriali per la salute mentale. Questi servizi si avvalgono di interventi efficaci per quella popolazione caratterizzata da accessi ripetuti (revolving door admission). I nostri risultati sono da considerarsi preliminari e richiedono ulteriori conferme e studi controllati.

## 7.5 TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI

Livello di evidenza	Tipo di evidenza (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
1++	Borschmann R., Henderson C., Hogg Joanna, Philips R., Moran P. (2012) Crisis interventions for people with borderline personality disorder. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , Issues 6.
2++	Lorillard S., Schmitt L., Andreoli A. (2011) How to treat suicide attempt? Part 2: A review of treatments and their efficiency among borderline personality disorder patients. <i>Ann.Med.-Psychol.</i> ; 169:229-36.
2+	Berrino A., Ohlendorf P., Duriaux S., Burnand Y., Lorillard S., Andreoli A. (2011) Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutelu suicidal borderline patients. <i>Psychiatry Res.</i> ; 186:287-92.
2 -	Nadort M., Arntz A., Smith J.H., Giesen-Bloo J., Eikelenboom M., Spinhoven P. et al. (2009) Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorders with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. <i>Behav. Res Ther.</i> , 47: 961-73.  Brakoulias V., Mandali R., Seymour J., Sammut P., Starcevic V. (2010) Characteristics of admissions to a recently opened Psychiatric Emergency Care Centre. <i>Australasian Psychiatry</i> ; 18:326-9.
3	Goodman M, Roiff T, Oakes AH, Paris J (2011) Suicidal risk and management in borderline personalità

	<p>disorder. <i>Curr. Psychiatry Rep</i>, 1-7.</p> <p>Haq S.U., Subramanyam D., Agius M. (2010) Assessment of self harm in an accident and emergency service- the development of a proforma to assess suicide intent and mental state in those presentino to the emergency department with self harm. <i>Psychiatr. Danub.</i>; 22 Suppl 1: S26-S32.</p> <p>Poynter B.A., Hunter J.J., Coverdale J.H., Kempinsky C.A. (2011) Hard to swallow: A systematic review of deliberate foreign body ingestion. <i>Gen. Hosp. Psychiatry</i>; 33: 518-24.</p> <p>Steinert T., Tschoke S., Uhlmann C. (2010) Management of deliberate self-harm, suicidal tendency, and manipulative suicidal tendency during in-patient treatment of patients with borderline personality disorder. <i>Nervenheilkunde</i>;29:565-70.</p> <p>Vaiva G., Jardon V., Vaillant A., Ducrocq F. (2011) What can we do to prevent the suicide re-attempts? <i>Rev.Prat.</i>;61:202-7.</p> <p>Van Staveren R.(2011) Patient-centered communication during a borderline crisis. <i>Huisarts Wet.</i>; 54:441-3.</p> <p>Sentissi O., Bartolomei J., Baeriswyl-Cottin R., Neu D., Rey-Bellet P. (2011) Crisis intervention: A retrospective study of 493 patients. <i>Eur.Neuropsychopharmacol.</i> 21:S617-S618.</p>
--	--

## 7.6 ANALISI DEI FATTORI LOCALI OSTACOLANO O FAVORISCONO L'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DELLA LG (PIANI PER L'ACCESSO DEI DSM – DP – RER)<sup>9</sup>

RACCOMANDAZIONE	FATTORI LOCALI FACILITANTI	FATTORI LOCALI OSTACOLANTI
Gestione delle crisi nei servizi di cura primari Invio ai servizi di salute mentale	CSM h24 con funzioni di sollievo ed osservazione  Urgenze h24	Differenze nelle tempistiche di gestione delle urgenze nelle diverse UU OO del DSM DP:

<sup>9</sup> Azioni del DSM-DP per il Progetto regionale "Piano per l'accesso". Finanziamento DGR n. 1684/2010.

	Urgenze entro 48 ore  Day-hospital psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva per l'emergenza psichiatrica in adolescenza  Fruibilità della cartella clinica nei diversi punti di accesso del paziente	
Servizi Ospedalieri	Nuclei Cure Primarie  Interventi di prossimità  Interventi domiciliari	

## 7.7 RACCOMANDAZIONI SULLA BASE LETTERATURA E/O METODOLOGIA DI CONSENSO

### 7.7.1 Principi del trattamento delle crisi

*Quando una persona con un Disturbo Grave di Personalità si presenta nel corso di una condizione di crisi, occorre fare riferimento al piano di gestione precedentemente redatto e sottoscritto per l'individuazione di soluzioni centrate sull'empowerment. Da un punto di vista operativo è utile tenere conto delle seguenti indicazioni:*

- *Mantenere la calma e non assumere un atteggiamento reattivo;*
- *Provare a comprendere la crisi dal punto di vista della persona;*
- *Approfondire le possibili cause dello stress negativo;*
- *Adottare un linguaggio chiaro ed empatico, compreso un atteggiamento validante per individuare l'origine e lo sviluppo dei problemi attuali;*
- *Provare a stimolare la ricerca di soluzioni in modo autonomo, facendo riferimento al piano per la gestione delle crisi;*
- *Evitare di minimizzare le motivazioni addotte dal paziente;*
- *Evitare di offrire soluzioni prima di aver ottenuto una completa e chiara comprensione del problema;*
- *Considerare tutte le altre possibilità prima di proporre un ricovero in condizioni di urgenza;*
- *Se sussiste la possibilità di una risoluzione favorevole fissare sempre e comunque la data di un successivo incontro di follow –up per la verifica degli esiti.*
- *Nei pazienti giovani occorre bilanciare lo sviluppo dell'autonomia e delle capacità individuali con le responsabilità dei genitori.*

### 7.7.2 Il Trattamento farmacologico della crisi

*La prescrizione farmacologica, pur non rappresentando il trattamento d'elezione dei DGP, assume il valore di una strategia d'intervento integrativa ove vi sia la necessità di contenere, in*

*maniera sintomatica, la disregolazione affettiva, il discontrollo impulsivo-comportamentale o i disturbi della sfera percettivo-cognitiva.*

*Prima di prescrivere un trattamento farmacologico a breve termine per persone con DGP durante una crisi:*

- *Condividere la scelta del trattamento farmacologico in equipe;*
- *Individuare i possibili rischi della prescrizione fra cui anche l'utilizzo di alcol o droghe;*
- *Tenere in considerazione il ruolo psicologico della prescrizione, l'impatto che può avere sulla relazione terapeutica e sul progetto di cura complessivo, incluse le strategie di trattamento a lungo termine;*
- *Assicurarsi che il farmaco non sostituisca interventi più appropriati.*
- *Limitare al massimo le politerapie.*

*Nella prescrizione di una terapia a breve termine per la gestione di una crisi, è utile tenere conto delle seguenti indicazioni:*

- *Scegliere un farmaco con un profilo di bassi effetti collaterali, basso rischio di indurre dipendenza, minima possibilità di abuso e in caso di assunzione incongrua minima letalità;*
- *Usare la minima dose efficace;*
- *Prescrivere poche confezioni per volta al fine di evitare il rischio di assunzione incongrua;*
- *Individuare e condividere con il paziente i sintomi bersaglio della cura, monitorare l'andamento, e prevedere la durata del trattamento;*
- *Concordare un programma di adesione al trattamento e di verifica dell'assunzione appropriata;*
- *Interrompere il trattamento farmacologico se dopo un certo periodo di tempo non si osservano modificazioni dei sintomi bersaglio o se gli effetti collaterali sono maggiori dei benefici;*
- *Considerare trattamenti alternativi, compreso un trattamento psicologico, se i sintomi bersaglio non migliorano o il livello di rischio non diminuisce.*
- *Fissare un appuntamento per rivalutare tutto il progetto di cura, compresi sia il trattamento farmacologico che gli altri trattamenti, appena superata la crisi.*

### **7.7.3 Follow up della Crisi**

*Non appena la crisi sia stata risolta, o si sia attenuata, assicurarsi che il programma di gestione, e più in generale l'intero progetto di cura sia aggiornato tempestivamente. Identificare, insieme al paziente e alla sua famiglia, le strategie di trattamento più efficaci in relazione alle cause che hanno generato la crisi.*

*In particolare è utile tenere conto delle seguenti indicazioni pratiche:*

- *Effettuare, insieme al paziente e alla sua famiglia, una disamina (analisi comportamentale) della crisi e dei fattori che l'hanno preceduta, tenendo in considerazione i fattori ambientali, personali e relazionali;*
- *Considerare, insieme al paziente e alla sua famiglia, gli effetti della terapia farmacologica - benefici, effetti collaterali, possibili conseguenze in termini di sicurezza;*

- *Rivedere i trattamenti psicologici, includendo il loro ruolo nelle strategie complessive di cura e il loro possibile ruolo nella comparsa della crisi;*
- *Portare a termine il programma di trattamento farmacologico iniziato durante la crisi, in genere entro un mese.*

*La valutazione clinica del paziente in una situazione di crisi pone criticità particolari in relazione alle possibili condotte autolesive o tentativi di suicidio, ripetuti o al primo episodio. Sono Numerosi i pazienti con Disturbo Grave di Personalità che presentano un livello cronicamente elevato di rischio suicidario, superiore a quello rilevabile nella popolazione generale, a cui può sovrapporsi, in situazioni particolari, un livello di rischio in acuto, solitamente più concreto. La valutazione del rischio suicidario deve essere condotta con la massima attenzione in modo da garantire interventi immediati seppure diversificati (invio al terapeuta se già in carico, valutazione per un trattamento della suicidarietà, sostegno familiare, approccio farmacologico, ospedalizzazione) in relazione alle caratteristiche specifiche del singolo caso.*

#### **7.7.4 Ricovero in Ospedale (SPDC – SPOI)**

*Prima di prendere in considerazione il ricovero ospedaliero per una persona con DGP, occorre effettuare l'invio ad una equipe che svolge un trattamento territoriale e / o domiciliare per la risoluzione della crisi,*

*Prendere in considerazione il ricovero nel caso in cui:*

- *Il trattamento della crisi comporta un rischio significativo per il paziente e/o per gli altri e non può essere gestito diversamente (in nessun altro servizio o luogo)*
- *L'ospedalizzazione è disposta dall'Autorità Giudiziaria;*

*Quando si considera il ricovero per una persona con un DGP, è importante coinvolgere attivamente il soggetto in questa decisione e:*

- *Assicurarsi che vi sia esplicita condivisione e comprensione dei possibili benefici così come dei rischi connessi al ricovero;*
- *Concordare precedentemente la durata e la finalità del ricovero;*
- *Assicurarsi che qualora, per circostanze estreme, sia necessario un trattamento obbligatorio, venga raggiunto un accordo ed una volontarietà appena possibile.*

*Organizzare una formale revisione del programma quando il ricovero si sia ripetuto due o più volte nel corso di un semestre.*

## **8 QUALI SONO GLI STRUMENTI DIAGNOSTICI DISPONIBILI NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE PER ASSICURARE LA SPECIFICITÀ E L'ATTENDIBILITÀ DELLE DIAGNOSI DI DBP?**

### **8.1 INTRODUZIONE**

Dalla letteratura internazionale il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) rappresenta circa il 3% della popolazione generale e ha un'elevata prevalenza nella popolazione che affrisce ai servizi psichiatrici, con percentuali fra il 15 ed il 20% considerando sia i pazienti ambulatoriali che quelli ospedalieri (Gunderson, 2010). La diagnosi viene posta utilizzando i criteri Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV (DSM-IV) (APA, 1994) che tuttavia sono stati criticati e considerati scarsamente utili (Tyrer, 1999). Il quadro clinico di questi pazienti presenta infatti una significativa eterogeneità e una forte sovrapposizione con altre condizioni; in particolare, il DBP presenta un numero significativo di comorbidità con i disturbi di asse I, di cui il 60% con i disturbi dell'umore, il 30% con i disturbi d'ansia, il 35% con i Disturbi da Uso di Sostanze (DUS), il 25% con i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) (REF). La presenza di sintomi trasversali a diverse condizioni tende a spostare l'attenzione dei clinici sulla diagnosi di asse I e a "nascondere" una personalità disfunzionale, che quindi viene ignorata o considerata secondaria. E' stato peraltro messo in evidenza anche un forte overlap fra i disturbi di personalità e specialmente fra quelli del cluster B (REF). In generale la reliability e la validity dei criteri diagnostici del DBP sono stati spesso criticati

Attualmente la diagnosi di DBP è effettuata con una metodologia categoriale, proposta dal Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV (DSM-IV), secondo un sistema qualitativo di tipo "tutto o nulla" in base al quale il raggiungimento di 5 criteri significativi su 9 totali permette la definizione della patologia. Tale procedura, da un lato consente ai professionisti della salute mentale di confrontarsi su un parametro di riferimento sul quale c'è un accordo clinico e scientifico, dall'altro presenta rilevanti limiti metodologici (Widiger, 2008). Si potrebbe infatti considerare la comorbidità come un artefatto della classificazione categoriale che descrive le diagnosi psichiatriche attraverso un set di sintomi, che spesso risultano trasversali e sovrapponibili tra diverse categorie diagnostiche.

La diagnosi dimensionale di personalità, proposta dalla nuova edizione del manuale diagnostico, DSM-5, come integrazione di quella categoriale, rappresenta il tentativo della comunità scientifica e clinica di arginare le problematiche metodologiche della classificazione categoriale, permettendo di valutare i tratti di personalità anche in maniera quantitativa. Secondo il nuovo 'approccio, il DBP verrà descritto, non solo dal classico sistema qualitativo del DSM IV, definito dalla presenza di un cut off che marca la soglia tra normalità e patologia, ma anche da un sistema quantitativo che permetterà di valutare la "gravità" dei tratti specifici del disturbo, su un continuum lungo il quale quel tratto potrebbe risultare funzionale ad un estremo, o disadattivo all'estremo opposto.

Secondo recenti contributi scientifici che supportano una visione dimensionale (Lieb, 2004; Zimmerman, 2012), il DBP sarebbe caratterizzato da un deficit selettivo e simultaneo in 4 aree: la regolazione emozionale, l'impulsività, la cognitività e le relazioni interpersonali.

Il DSM-5 conterrà una sezione specifica per i DP nella quale verranno descritti i tratti specifici per ciascun disturbo e la modalità per misurarne la compromissione. Tale sezione sarà utile sia per fini diagnostici, sia per fini scientifici, rappresentando un punto di partenza per nuove linee di ricerca volte ad esplorare, in maniera più approfondita, i tratti proposti dall' APA.

La possibilità di effettuare anche una diagnosi dimensionale presenta alcuni vantaggi. In primo luogo, oltre a descrivere una condizione diagnostica, definisce anche la gravità del quadro clinico globale e delle sottodimensioni specifiche dal quale è caratterizzato. Tale metodologia potrebbe essere vantaggiosa per migliorare il riconoscimento diagnostico e per ridurre il rischio di comorbidità, dal momento che il quadro del DBP viene descritto da un deficit simultaneo in ciascuna delle aree specifiche. La possibilità di stabilire un livello di compromissione specifico per ciascun dominio favorisce inoltre l'indicazione di una priorità nell'intervento terapeutico. In secondo luogo, una valutazione dimensionale permetterebbe al clinico di monitorare la compromissione dell'area interessata e sottoposta a trattamento, anche a intervalli di brevi periodi, in maniera indipendente da una valutazione complessiva categoriale di personalità. Tale metodologia rappresenta un vantaggio clinico significativo in quanto fornisce ai professionisti la possibilità di avere dei parametri di riferimento anche nel breve periodo con i quali monitorare e indagare l'efficacia dei trattamenti erogati. Tuttavia, secondo la nuova versione del DSM, la visione dimensionale alla diagnosi di personalità presenta ancora alcune limitazioni che non rendono possibile l'abbandono dell'approccio categoriale. In primo luogo, in letteratura scientifica esistono numerosi approcci dimensionali alla diagnosi di DBP, che non si avvalgono di un modello teorico comune e la cui validità scientifica è solo parzialmente dimostrata. In secondo luogo, tale valutazione permetterebbe di quantificare la dimensione, ma senza definire una soglia oltre la quale si rende necessario un intervento clinico. Infine, la diagnosi dimensionale, seppur vantaggiosa, rappresenta una procedura ancora nuova e complessa. Allo stato attuale, sostituirla a quella classica potrebbe essere svantaggioso in quanto rischierebbe di rallentare e complicare la procedura diagnostica.

Alla luce dei contributi scientifici dunque, la proposta finale formulata dall'APA nell'ultima revisione del DSM-5, è quella di integrare la procedura diagnostica categoriale e quella dimensionale

## 8.2 ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 5 DEL CS

### 8.2.1 Quesito 5

Il quesito formulato dal CS sul tema degli strumenti diagnostici è il seguente:

*“Quali sono gli strumenti diagnostici disponibili nei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche per assicurare la specificità e l'attendibilità delle diagnosi di disturbo borderline di personalità ?”*

Le linee guida NICE 2009 prendono come riferimento per la diagnosi i criteri del DSM-IV ma trattano del problema dell'inquadramento del DBP in maniera molto limitata, rimandando anche al **nuovo approccio adottato nel DSM-V** la risoluzione di alcuni aspetti critici.

In merito all'utilizzo di strumenti psicometrici per avere una diagnosi affidabile ne vengono citati 6 senza indicazioni gerarchiche, precisando che non esiste un gold standard e che vi sono diversi problemi, in particolare il tempo necessario per la somministrazione e la necessità di personale con adeguata formazione. Gli strumenti citati sono:

- a) Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) (Zanarini, M.C., 1983)
- b) International Personality Disorder Examination (IPDE) (Loranger et al., 1996)
- c) Personality Assessment Schedule (PAS) (Tyrer et al., 1979)
- d) Standardised Assessment of Personality (SAP) (Mann et al., 1999)

- e) Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II) (First et al., 1997)
- f) Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) (Pfohl et al., 1997)

**Problema della diagnosi clinica non strutturata: scarso accordo fra i clinici, disturbi asse I possono alterare valutazione**

### 8.3 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 5 DEL CS

#### *Box 5.1 Raccomandazioni LG NICE Quesito 5 CS*

In merito all'approccio con il paziente raccomandano a coloro che devono effettuare la valutazione (4.6.4.1, clinical practice recommendations, principles for healthcare professionals undertaking assessment, pag. 99) di:

- a) Spiegare chiaramente il processo di valutazione
- b) Utilizzare, quando possibile, un linguaggio non tecnico
- c) Spiegare la diagnosi e l'uso ed il significato del termine "Disturbo di Personalità Borderline"
- d) Offrire un supporto dopo la valutazione, specialmente se sono stati affrontati temi delicati come ad esempio un trauma nell'infanzia

I servizi psichiatrici presenti nel territorio dovrebbero essere responsabili della valutazione, oltre che della gestione e del trattamento, delle persone con DBP (8.5.10.1, Clinical practice recommendations, pag. 331). In questo contesto la valutazione dovrebbe includere (8.5.10.2, Clinical practice recommendations, pag. 331):

- a) Funzionamento lavorativo e psicosociale, strategie di adattamento, punti di forza e vulnerabilità
- b) Disturbi mentali comorbidi e problematiche di tipo sociale
- c) Necessità di trattamento psicologico, supporto e assistenza sociale, riabilitazione occupazionale
- d) I bisogni di eventuali figli del paziente

I professionisti che operano in servizi psichiatrici territoriali ed ospedalieri dovrebbero ricevere un training per formulare la diagnosi di disturbo borderline di personalità, oltre che valutare i rischi e fornire trattamenti in accordo con la linea guida (8.5.19.1, Clinical practice recommendations, pag. 340). ... La formazione dovrebbe essere fornita da personale appartenente a team specializzati nella cura dei disturbi di personalità.

**Le linee guida, pur individuando chiaramente la valutazione fra i compiti dei servizi di salute mentale di comunità, non raccomandano alcuno strumento specifico da utilizzare in questo contesto.**

### 8.4 ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE SUCCESSIVA ALL'AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012)

E' stato effettuato un esame della letteratura internazionale con "Medline" riguardante le problematiche diagnostiche e l'utilizzo di strumenti di valutazione per la diagnosi di DBP.

In particolare sono stati individuati 285 articoli i cui abstract sono stati successivamente esaminati indipendentemente da 2 ricercatori. Da questa prima scrematura sono stati individuati 40 articoli pertinenti e riguardanti il problema della diagnosi a livello teorico-scientifico, con riferimenti particolari al problema della classificazione dimensionale e categoriale e alla nuova definizione del DBP secondo il DSM-V. Rispetto agli strumenti psicometrici proposti per la valutazione diagnostica, emergono un ampio numero di strumenti a livello internazionale, di tipo categoriale e dimensionale.

Tra gli studi valutati non è presente un lavoro di sistematizzazione degli strumenti che ne confronti le proprietà psicometriche o ne analizzi l'applicabilità in ambito clinico. Gli studi risultano prevalentemente condotti in setting specialistici o di ricerca, pertanto non è nota l'applicabilità dello strumento in ambito dei servizi di salute mentale territoriali. Un ulteriore problema è rappresentato dal fatto che tutta la letteratura individuata è di matrice anglo-sassone e fa riferimento a strumenti in lingua inglese, di cui non è automaticamente nota la disponibilità di una versione italiana validata.

## 8.5 ANALISI DELLA LETTERATURA NARRATIVA ITALIANA E INTERNAZIONALE

Una ricerca effettuata sulle principali riviste nazionali e su fonti terziarie, selezionate dal Catalogo del Servizio Bibliotecario Nazionale non ha rilevato ulteriori articoli pertinenti.

## 8.6 ANALISI DEI FATTORI LOCALI OSTACOLANO O FAVORISCONO L'APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DELLA LG (PIANI PER L'ACCESSO DEI DSM – DP – RER)<sup>10</sup>

RACCOMANDAZIONE	FATTORI LOCALI FACILITANTI	FATTORI LOCALI OSTACOLANTI
Riconoscimento del disturbo borderline di personalità	Progetto Leggieri per MMG	Presente solo per CSM e UONPIA

## 8.7 RACCOMANDAZIONI SULLA BASE DELLA LETTERATURA E / O METODOLOGIA DI CONSENSO

*Il personale che effettua la valutazione deve:*

- a) *Spiegare chiaramente il processo di valutazione*
- b) *Utilizzare, quando possibile, un linguaggio non tecnico*
- c) *Spiegare la diagnosi e l'uso e il significato del termine "Disturbo di Personalità";*
- d) *Offrire un supporto dopo la valutazione, specialmente se sono stati affrontati temi delicati come ad esempio un trauma nell'infanzia.*

*I servizi psichiatrici presenti sul territorio (CSM, SERT e NPIA) devono offrire una valutazione accurata del disturbo della personalità, con l'ausilio di strumenti e metodologie sostenibili in termini di risorse e facilmente utilizzabili nel setting della pratica clinica quotidiana.*

<sup>10</sup> Azioni del DSM-DP per il Progetto regionale "Piano per l'accesso". Finanziamento DGR n. 1684/2010.

**Il procedimento diagnostico è finalizzato a definire il quadro psicopatologico e il livello di funzionamento del paziente individuando le possibilità di protezione (rispetto ai rischi associati alla patologia) e di evoluzione a partire dal quadro delle risorse spontanee reperibili nel repertorio comportamentale del paziente e nel suo ambiente di vita.**

*La valutazione deve essere orientata primariamente agli aspetti psicologici e sociali del disturbo di personalità e a descrivere il funzionamento del paziente. La valutazione non deve essere focalizzata esclusivamente sui comportamenti. In particolare devono essere indagati:*

- 1. Funzionamento lavorativo e psicosociale, strategie di adattamento, punti di forza e di vulnerabilità;*
- 2. Disturbi mentali comorbidi e problematiche di tipo sociale;*
- 3. Necessità di trattamento psicologico, supporto e assistenza sociale, riabilitazione occupazionale;*
- 4. I bisogni di eventuali figli, coniuge, o altri parenti prossimi del paziente.*

*Le Linee Guida, pur individuando chiaramente la valutazione fra i compiti dei servizi di salute mentale di comunità, non raccomandano alcuno strumento specifico da utilizzare in questo contesto.*

**Nella letteratura internazionale esistono numerosi strumenti psicometrici per la valutazione dei DGP. Tuttavia solo una parte di questi risulta attualmente tradotta e validata in italiano.**

**Di seguito viene presentata una batteria di strumenti psicometrici utili per la diagnosi e l'assessment funzionale strutturato e standardizzato dei Disturbi di Personalità ed in particolare del DBP.**

**Gli strumenti sono stati individuati e selezionati sulla base di 4 criteri:**

- 1. riferimento ai criteri diagnostici del DSM;**
- 2. disponibilità dello strumento in termini di validazione in lingua italiana e costi per il suo utilizzo;**
- 3. fattibilità in termini di modalità di somministrazione, lunghezza e complessità dello scoring, necessità di personale formato all'utilizzo dello strumento;**
- 4. analisi delle proprietà psicometriche;**
- 5. disamina del numero di lavori scientifici in cui sono stati utilizzati gli strumenti e la frequenza dell'utilizzo sulla popolazione in esame.**

**Sulla base dei criteri sopra riportati, sono stati selezionati i seguenti strumenti al fine di costituire un assessment completo e specifico per il DBP realizzabile nei contesti clinici regionali specialistici:**

- **SCID II (diagnosi categoriale di DP)**
- **BIS-11 (valutazione della tendenza all'impulsività)**
- **AQ (valutazione della tendenza all'aggressività)**
- **DERS (valutazione della disregolazione emotiva)**
- **DES (valutazione della frequenza di sintomi dissociativi)**

- DSHI (valutazione dell' autolesionismo)
- Zan-BPD (diagnosi dimensionale e decorso longitudinale del DBP e delle dimensioni impulsività, disregolazione emotiva, cognitivtà e deficit interpersonale)

Nell'ottica di facilitare il procedimento diagnostico in tutte le realtà cliniche dei servizi territoriali, si propone anche una batteria testistica più agile che potrebbe essere rappresentata da:

1. BPDCL (screening diagnostico per il DBP):
2. Zan-BPD
3. DSHI

## **9 QUALI SONO LE TERAPIE FARMACOLOGICHE EFFICACI NEL TRATTAMENTO DEL DBP OFFERTO DAI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE ?**

### **9.1 INTRODUZIONE**

L'uso di terapie psicofarmacologiche nel trattamento del DBP è estremamente frequente nella pratica clinica quotidiana nei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche (Baker-Glenn, E., et al., 2010). In modo particolare i farmaci vengono utilizzati in presenza di comportamenti impulsivi e atti auto-lesivi che rappresentano fonte di estrema preoccupazione per il paziente, per le persone del contesto ambientale ed anche per gli operatori che seguono il caso. Usualmente il trattamento farmacologico viene iniziato in una situazione di crisi acuta e molto spesso prevede una polifarmacoterapia. Tutte le classi di farmaci psicotropi vengono utilizzate in questi casi: sedativi-ipnotici, stabilizzatori dell'umore, antidepressivi e antipsicotici. In modo particolare, vi è un uso molto elevato di benzodiazepine che supera l'80% dei pazienti con diagnosi di DBP in alcune casistiche (Pascual, J.C., et al., 2010). Spesso il paziente con DBP assume i farmaci in maniera irregolare e discontinua coerentemente con i rapporti instabili che instaura con i servizi sanitari.

Allo stato attuale le pratiche cliniche non sono orientate da solide basi provenienti dalla letteratura scientifica sull'argomento (Feurino, L., et al., 2011). Malgrado la ricerca psicofarmacologica sul DBP sia ormai un tema rilevante da oltre 30 anni (Soloff, P.H., 1981) non vi sono al momento evidenze risolutive né sulla sindrome del DBP nella sua interezza né su specifici aspetti sintomatologici. All'inizio del nuovo millennio l'American Psychiatric Association provò a razionalizzare la terapia psicofarmacologica dividendo i sintomi del DBP in tre distinte categorie: sintomi da disregolazione affettiva, sintomi impulsivi o da discontrollo comportamentale, sintomi cognitivo-percettivi. Per ciascuna categoria veniva proposto un algoritmo diagnostico con interventi di primo, secondo e terzo livello (APA, 2001). Tuttavia tale suddivisione appariva arbitraria e le raccomandazioni erano basate sull'esperienza clinica individuale piuttosto che da studi rigorosi.

Recentemente sono state resi disponibili due importanti lavori di sintesi delle conoscenze attuali sul trattamento farmacologico nel DBP. Nel 2009 il National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE) ha pubblicato la National Clinical Practice Guideline Number 78 "Borderline personality disorder: treatment and management". L'anno successivo è stata divulgata la revisione sistematica Cochrane "Pharmacological interventions for borderline personality disorder" (Stoffers, J.M., et al., 2010; Lieb, K., et al., 2010). I due documenti, pur divergendo nelle conclusioni e nei suggerimenti proposti, concordano sulla imprescindibile necessità di ulteriori ricerche per definire con precisione il ruolo dei differenti approcci farmacologici nel DBP. Un elevato numero di RCT e studi in aperto viene pubblicato ogni anno con una tendenza alla crescita e questo fa sperare che nei prossimi anni siano a disposizione più dati per aiutare il clinico nella scelta della terapia.

### **9.2 ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 6 DEL CS**

Gli estensori delle linee guida NICE hanno effettuato una ricerca sistematica fino a maggio 2008 sui database EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, e Central, includendo anche la letteratura grigia. Tale ricerca ha permesso di individuare 22 RCTs che comparavano differenti interventi di tipo farmacologico per il DBP. Le evidenze derivate da tali studi, nel loro complesso, sono state definite come limitate. In particolare, le limitazioni erano dovute al piccolo numero di studi disponibili per ogni classe farmacologica (antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, antipsicotici) e soprattutto per

ogni singolo principio attivo. Il farmaco più studiato risultava essere Olanzapina con 4 RCTs e 833 pazienti inclusi, seguito dal Valproato e dal Topiramato con 3 RCTs ciascuno per un totale di 292 e 129 pazienti rispettivamente. I dati relativi agli altri farmaci si basavano su un singolo RCT o su 2. Considerando anche la suddivisione degli studi nei diversi setting (ospedale, ambulatori di secondo o terzo livello), la base di dati per ogni farmaco in una determinata popolazione poteva essere ancora più ridotta. Gli estensori della linea guida segnalavano anche uno scarso livello qualitativo della metodologia degli studi inclusi con problematiche relative alla bassa potenza campionaria, l'elevato tasso di drop-out, l'utilizzo di misure di esito primarie prevalentemente impostate su sintomi e comportamenti (rabbia, ansia, depressione, ostilità, impulsività) piuttosto che sul disturbo nella sua globalità.

La conclusione delle linee guida NICE, considerando le evidenze disponibili e le limitazioni degli studi, è che non vi siano dati che indichino un'efficacia specifica di farmaci per il DBP. In particolare, non vi sono evidenze sull'utilità di psicofarmaci per stabilizzare l'umore o comunque per agire sulle basi del disturbo nel breve e nel lungo termine. Di conseguenza, per gli estensori della linea guida NICE, gli psicofarmaci sono da raccomandare nel trattamento del DBP solo in caso di comorbidità (es. episodio depressivo maggiore, disturbo d'ansia, ecc.). Inoltre, considerando la tollerabilità ed alla sicurezza dei trattamenti farmacologici, deve essere posta molta attenzione sull'uso degli farmaci antipsicotici che possono associarsi ad un significativo aumento di peso (soprattutto Olanzapina), un incremento del rischio di sviluppare diabete (soprattutto Olanzapina) o discinesia tardiva (Antipsicotici tipici) in caso di uso a medio – lungo termine.

Gli orientamenti della linea guida NICE sono aspramente criticati dal gruppo di lavoro che elabora la revisione sistematica Cochrane "Pharmacological interventions for borderline personality disorder", uscita pochi mesi dopo (Stoffers J.M. et al., 2010). Tale revisione estende la ricerca della letteratura fino al settembre 2009 e include 28 RCTs e 1742 pazienti, sempre "frammentati" in varie classi farmacologiche (antipsicotici tipici e di seconda generazione, stabilizzatori dell'umore, antidepressivi) e numerosi principi attivi (16). Pur rimarcando la debolezza delle evidenze disponibili e sottolineando che i farmaci non agiscono sul disturbo nel suo complesso, gli autori di questo lavoro sostengono l'uso di specifici farmaci per specifici sintomi. In particolare la revisione suggerisce:

- 1) Gli Stabilizzatori dell'umore come trattamento di prima linea per la disregolazione affettiva (Lamotrigina, Topiramato, Valproato,) e per l'impulsività-discontrollo (Lamotrigina, Topiramato).
- 2) Gli antipsicotici di seconda generazione Aripiprazolo e Olanzapina per i sintomi psicotici-cognitivi.

Nel dicembre 2011 è uscito un documento di revisione della linea guida NICE che si esprimeva nel merito della questione delle terapie farmacologiche per il DBP effettuando un aggiornamento della ricerca della letteratura fino a settembre 2011 ed individuando ulteriori 12 studi. Il documento pone l'attenzione sul fatto che alcune nuove evidenze contraddicono le raccomandazioni della linea guida precedentemente elaborate ed in particolare la raccomandazione di non usare trattamento farmacologico specificamente per il DBP o per sintomi/comportamenti associati con il disturbo. Viene tuttavia precisato che le evidenze non sembrano tuttavia così forti da cambiare completamente la raccomandazione corrente. Il documento conclude che non appare quindi necessario un aggiornamento anticipato della linea guida e che i risultati dei molti trials in corso, soprattutto su antipsicotici di seconda generazione (Olanzapina, Quetiapina) e Lamotrigina daranno ulteriori informazioni ed evidenze più solide nei prossimi anni.

### 9.3 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 6 DEL CS

Le raccomandazioni elaborate sul ruolo del trattamento farmacologico per il DBP sono riassunte nella sezione 10.3.5 – Ruolo del trattamento farmacologico.

#### Box 6.1 Raccomandazioni LG NICE Quesito 6 CS

10.3.5.1 – Il trattamento farmacologico non dovrebbe essere usato specificamente per il DBP o per i sintomi/comportamenti associati al disturbo (ripetuti atti auto lesivi, marcata instabilità emotiva, comportamenti rischiosi e sintomi psicotici transitori).

10.3.5.2 – I farmaci antipsicotici non dovrebbero essere usati nel trattamento a medio-lungo termine del DBP.

10.3.5.3 – Il trattamento farmacologico può essere considerato nel trattamento complessivo in presenza di comorbidità di Asse I.

10.3.5.4 – L'uso a breve termine di farmaci sedativi dovrebbe essere considerato con cautela come parte di un piano complessivo di trattamento di pazienti con DBP in una fase di crisi. La durata del trattamento dovrebbe essere concordata con il paziente ma non dovrebbe superare 1 settimana.

10.3.5.5 – Quando si considera di impostare un trattamento farmacologico per il DBP, è necessario fornire al paziente materiale scritto sui farmaci che potrebbero essere utilizzati. Il materiale dovrebbe includere evidenze sull'efficacia dei farmaci nel trattamento del DBP e delle comorbidità e sui potenziali effetti collaterali. Per pazienti che hanno difficoltà di lettura, una presentazione alternativa delle informazioni dovrebbe essere fatta (video, DVD). In questa maniera i pazienti potrebbero fare una scelta informata. Dovrebbe esserci anche un'opportunità per discutere il materiale.

10.3.5.6 – E' bene rivalutare il trattamento dei pazienti con DBP che non hanno disturbi mentali o fisici in comorbidità e a cui sono correntemente prescritti farmaci con l'obiettivo di ridurre o sospendere trattamenti farmacologici non necessari.

### 9.4 ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE SUCCESSIVA ALL'AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012)

E' stato effettuato un aggiornamento della letteratura internazionale utilizzando la stessa metodologia di ricerca delle linee guida NICE ed estendendo il periodo fino a aprile 2012. Nel periodo ottobre 2011 – aprile 2012 sono stati reperiti 197 articoli; gli abstracts di tali articoli sono stati successivamente esaminati indipendentemente da 2 ricercatori per trovare RCTs che valutassero interventi farmacologici per il DBP. Sono stati trovati 3 RCTs.

Lo studio più rilevante appariva un RCT che valutava l'impiego di due dosaggi di Olanzapina (2.5 mg e 5-10 mg) vs. Placebo (Zanarini, M.C., et al., 2011) su un ampio campione di 451 pazienti. Tuttavia, i dati di tale studio risultavano già incluso sia nelle meta-analisi della linea guida NICE (come studio non pubblicato ELILILLY#6253) che nella meta-analisi della revisione

sistematica Cochrane (indicato come Zanarini, M.C., 2007, vengono utilizzati dati presentati a congressi internazionali e pubblicati su proceedings o supplementi di riviste).

Gli altri 2 articoli riportavano i dati di 3 studi pilota controllati con placebo che valutavano l'efficacia di farmacoterapie innovative per il DBP: Ossitocina (Simeon, D., et al., 2011) e Naltrexone (Schmahl, C. et al., 2012). L'obiettivo dello studio sull'Ossitocina era di valutarne l'efficacia specifica nell'attenuare le risposte emozionali e neuroendocrine allo stress nei soggetti con DBP rispetto a soggetti sani. I risultati indicano che in effetti l'Ossitocina attenua la risposta emotiva disforica allo stress e tende anche a smorzare la produzione di cortisolo nei casi di DBP. I 2 studi sul Naltrexone (a dosaggi differenti) intendevano invece dimostrare l'efficacia del farmaco contro i sintomi dissociativi. Tali studi trovano un modesto beneficio per i pazienti che usano Naltrexone con riduzione dell'intensità e della durata degli episodi dissociativi senza tuttavia raggiungere la significatività statistica. Entrambi gli approcci richiedono studi metodologicamente più rigorosi su campioni di adeguate dimensioni per comprenderne meglio l'efficacia.

## 9.5 ANALISI DELLA LETTERATURA ITALIANA E INTERNAZIONALE NARRATIVA.

Non si è ritenuto necessario analizzare la letteratura narrativa sul tema della farmacoterapia.

## 9.6 TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI

Livello di evidenza	Tipo di evidenza (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
1-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zanarini, M.C., Schulz, S.C., Detke, H.C., Tanaka, Y., Zhao, F., Lin, D., Deberdt, W., Kryzhanovskaya, L., Corya, S. (2011) A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: a 12-week randomized, double-blind, placebo-controlled study. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i>; 72(10): 1353-1362</li>   <li>1. Simeon, D., Bartz, J., Hamilton, H., Crystal, S., Braun, A., Ketay, S., Hollander, E.(2011) Oxytocin administration attenuates stress reactivity in borderline personality disorder: A pilot study. <i>Psychoneuroendocrinology</i>; 36: 1418-1421.</li>   <li>2. Schmahl, C., Kleindienst, N., Limberger, M., Ludascher, P., Mauchnik, J., Deibler, P., Brunen, S., Hiemke, C., Lieb, K., Herpertz, S., Reicherzer, M., Berger, M., Bohus, M.(2012) Evaluation of naltrexone for dissociative symptoms in borderline personality disorder. <i>International Clinical Psychopharmacology</i>; 27:61–68</li> </ul>

## 9.7 RACCOMANDAZIONI SULLA BASE DELLA LETTERATURA E / O METODOLOGIA DI CONSENSO

*Ruolo del trattamento farmacologico.*

- **Il trattamento farmacologico non costituisce il trattamento di elezione per il DGP, in assenza di diagnosi di Asse I;**
- *I farmaci antipsicotici non dovrebbero essere usati nel trattamento a medio-lungo termine del DGP;*
- *Il trattamento farmacologico può essere considerato nel trattamento complessivo in presenza di comorbidità di Asse I;*
- *L'uso a breve termine di farmaci sedativi dovrebbe essere considerato con cautela come parte di un piano complessivo di trattamento di pazienti con DGP in una fase di crisi;*
- *Quando si considera di impostare un trattamento farmacologico per i DGP, è necessario fornire al paziente adeguata e completa informazione sui farmaci che potrebbero essere utilizzati;*
- *E' bene rivalutare il trattamento dei pazienti con DGP che non hanno disturbi mentali o fisici in comorbidità e a cui sono correntemente prescritti farmaci con l'obiettivo di ridurre o sospendere trattamenti farmacologici non necessari.*

**Dopo l'uscita delle Linee Guida NICE è stata pubblicata la revisione Cochrane sul trattamento farmacologico del DBP che ha suggerito una diversa interpretazione delle evidenze disponibili in letteratura. Un successivo documento del dicembre 2011 emesso dal NICE, pur accogliendo il punto di vista della revisione Cochrane e pur intendendo mitigare le indicazioni contenute nella linea guida, non modifica le raccomandazioni per i clinici. Ogni cambiamento sostanziale sul trattamento psicofarmacologico viene rimandato alla successiva revisione della linea guida.**

**Rimanendo sulle indicazioni della linea guida NICE, il trattamento farmacologico del DBP (e per estensione degli altri disturbi del cluster drammatico qui riuniti sotto la denominazione di DGP) dovrebbe essere riservato ai casi che presentano altri disturbi mentali in comorbidità (es. depressione, disturbo psicotico breve, ecc.). Considerando gli importanti effetti collaterali, molta cautela dovrebbe essere usata nel trattare i sintomi/comportamenti associati. In queste situazioni l'uso dei farmaci dovrebbe essere di breve durata (minimo tempo necessario), attentamente monitorato e riservato ai casi più gravi, in assenza di alternative terapeutiche**

## **10 QUALI SONO GLI INTERVENTI DI CARATTERE PSICOTERAPEUTICO DISPONIBILI NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE DI DOCUMENTATA EFFICACIA? A QUALI OBIETTIVI TERAPEUTICI INTERMEDI CORRISPONDONO?**

### **10.1 INTRODUZIONE**

La storia degli interventi psicologici specifici progettati per aiutare le persone con Disturbo Borderline di Personalità (DBP) si intreccia con le mutevoli concezioni della natura del disturbo. Il concetto psicoanalitico emergente di 'organizzazione di personalità borderline', intermedio tra nevrosi e psicosi (Stern, D., 1938; Kernberg, O., 1967), è stato influente nell'introduzione del disturbo borderline di personalità nel DSM-III nel 1980, ma non è stato l'approccio adottato dall'ICD -10. Il concetto di borderline Disturbo Borderline di Personalità è stato quindi adottato prima negli Stati Uniti e non ha avuto largo utilizzo nel Regno Unito prima metà degli anni 1980. In quel momento, anche se una serie di terapie psicodinamiche, esperienziali, comportamentali e cognitive comportamentali erano praticati all'interno dei servizi di salute mentale il loro utilizzo era carente e frammentato.

La terapia cognitiva (CT) per la depressione era solo nelle prime fasi di adozione.

A molte persone, che ora sarebbero descritte in termini di DBP, che presentavano depressione, ansia e difficoltà interpersonali venivano offerte queste terapie. Questo fatto ha stimolato l'innovazione tra i terapeuti che iniziarono a modificare le tecniche originarie al fine di aiutare le persone con difficoltà psicologiche più complesse e durante gli anni 1980 e 1990 furono sviluppati metodi sistematici appositamente per questo gruppo di utenti.

Terapie specifiche per il disturbo borderline di personalità, dunque, si svilupparono attraverso la modifica delle tecniche esistenti soprattutto nel mondo anglosassone. Sia negli Stati Uniti che nel Regno Unito, i metodi psicoanalitici sono stati adattati per offrire più strutturazione, contenimento (come contratti espliciti tra terapeuta e cliente) e reattività; ad esempio, la tecnica classica dello 'schermo bianco', caratterizzata da neutralità e astinenza del terapeuta, è stata modificata in modo che il terapeuta è diventato più attivo. Derivato (ma distinto) dalla classica tecnica analitica, un approccio basato sulla teoria dell'attaccamento nello sviluppo ha portato ad una terapia specifica che utilizza la mentalizzazione. L'approccio comportamentale alla gestione dell'autolesionismo e delle condotte suicidarie, che incorporava formazione di competenze sulla regolazione delle emozioni e sulla validazione dell'esperienza del cliente, si sviluppò nella terapia dialettica comportamentale (DBT) che divenne un intervento specifico per il DBP. La terapia cognitiva analitica (CAT), che aveva fin dalle sue origini si orientava alla gestione delle difficoltà interpersonali, fu applicata ai problemi dei pazienti con DBP attraverso l'attenzione teorica e pratica agli stati parzialmente dissociati della mente e alla loro analisi funzionale. Anche la CT per la depressione è stata adattata ai disturbi di personalità. Per esempio, il metodo ha rivolto maggiore attenzione agli schemi disadattivi precoci alla base delle distorsioni cognitive.

Adattamenti sono stati realizzati anche nella terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e nella terapia interpersonale (IPT). Alcune di queste terapie adattate sono offerte come programmi di terapia psicologica (per esempio, MBT con ospedalizzazione parziale e DBT); altre sono fornite come trattamenti individuali o di gruppo limitati nel tempo (ad esempio, CBT o CAT). Nonostante gli sviluppi di queste terapie psicologiche specifiche, vari "trattamenti basati sul colloquio" offerti a

persone con DBP nel servizio sanitario nazionale sono generici o eclettici e non utilizzano un metodo specifico. Psicologi clinici sono addestrati a lavorare in modo flessibile intorno ad una vasta gamma di esigenze di valutazione, cura e riabilitazione, attraverso la formulazione psicologica, la pianificazione del trattamento, la supervisione del personale e la gestione del contesto. In Inghilterra, la British Psychological Society richiede che psicologi clinici e counsellor siano certificati per la formazione in due terapie psicologiche basate sull'evidenza, con ulteriore formazione post-qualifica richiesta prima che possano registrarsi come praticanti. Tuttavia, potrebbero non utilizzare un approccio specifico durante le sessioni di terapia e, dove è utilizzato un approccio specifico, potrebbe non essere disponibile nella forma corretta, cioè quella che è stata testata in studi clinici. Un buon esempio è la DBT, che è un programma di terapia psicologica effettuata da un team di terapisti che include sessioni di terapia individuali, gruppi psicoeducazionali e supporto telefonico. Sebbene i terapisti del NHS possano essere addestrati nel metodo, si è rivelato organizzativamente difficile assicurare che tutti gli elementi della strategia DBT fossero disponibili nella pratica.

All'interno del NHS gli interventi psicologici e psicosociali sono forniti in una varietà di modi e impostazioni da psicologi clinici e da personale specializzato in terapie psicologiche, come psichiatri, infermieri, assistenti sociali ed altri terapisti della salute mentale. Nei dipartimenti di psicologia e psicoterapia, all'interno di servizi diurni e di servizi di salute mentale di comunità, sono disponibili terapie individuali e di gruppo.

I servizi diurni sono stati istituiti con competenze specifiche nei programmi per questo gruppo di pazienti, alcuni sono basati sui principi di comunità terapeutica, ma non sono universalmente disponibili. Nel 2005, sono stati finanziati 11 servizi pilota per realizzare un ventaglio di possibilità di servizio. Tutti contenevano qualche elemento di cura psicologica, anche se pochi fornivano terapie psicologiche specifiche e formalizzate (Crawford, M. et al., 2007).

In pratica, il fattore limitante nel fornire accesso alle terapie psicologiche è la percentuale molto bassa del personale del NHS qualificato per fornire queste terapie con uno standard adeguato. Un'ulteriore sfida è come incorporare il trattamento psicologico nel programma di cura complessiva nel settore sanitario e sociale, che può comportare il collegamento tra il personale di molte agenzie che non condividono una comprensione psicologica della natura del disturbo. Per far fronte a questo problema, un gruppo di terapie psicologiche può essere applicato al programma di cura attraverso una attività di formazione basata sul team multidisciplinare (Sampson, R.J., et al, 2006; Kerr, E.A., et al, 2007).

Insieme a una maggiore comprensione delle origini dello sviluppo e dei meccanismi psicologici alla base di questo disturbo e delle prove epidemiologiche sulla sua storia naturale, la nascita di trattamenti psicologici almeno parzialmente efficaci ha sfidato la tradizionale visione dell'immutabilità del DBP. Questo elemento è confermato e ulteriormente avvalorato da studi recenti (Barnicot, K., et al 2011). Il nichilismo terapeutico così caratteristico dei precedenti decenni sta cedendo il passo alla convinzione che le terapie psicologiche hanno un ruolo importante da svolgere nella cura generale, nel trattamento e nel recupero delle persone interessate da questi disturbi.

La situazione regionale nella cura dei Disturbi Gravi di Personalità risente della diffusione dell'identità propria di questi pazienti che all'interno delle strutture del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche trovano una collocazione di trattamento prevalentemente in relazione ad alcuni sintomi presentati (es. uso di sostanze, disturbi alimentari).

I servizi a cui accedono maggiormente sono quindi il Sert e il DCA più raramente i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e i Servizi di Salute Mentale adulti. In questo contesto i trattamenti psicoterapici strutturati e manualizzati a vantaggio di questi pazienti sono rari e distribuiti in

maniera puntiforme. La conseguenza di tale impostazione è la inefficacia scarsa efficacia del trattamento di questi disturbi a fronte di costi diretti del trattamento comunque elevati. Questi sono da porsi in relazione ai ricoveri di urgenza, ai trattamenti privi di un razionale di efficacia *evidence based* che comunemente vengono erogati ai pazienti portatori di DGP.

## 10.2 ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 7 DEL CS.

### 10.2.1 Quesito 7

Il quesito formulato dal CS sul tema degli interventi di carattere psicoterapeutico disponibili nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di documentata efficacia è il seguente:

***“Quali sono gli interventi di carattere psicoterapeutico disponibili nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche di documentata efficacia? A quali obiettivi terapeutici intermedi corrispondono?”***

I sotto quesiti della linea guida NICE che rispondono al quesito 7 sono:

*Box 7.1 I sotto quesiti della LG NICE che rispondono al quesito n. 7 del CS*

*(8.5.15.1) Raccomandazioni per la Pratica Clinica*

*(5.1.1) Classificazione delle terapie*

*(5.1.2) Offerta di interventi psicologici*

*(5.1.3) Problemi ad intraprendere studi clinici nei pazienti con disturbo borderline di personalità*

*(5.1.4) Problemi nel recensire l'efficacia della terapia psicologica per il disturbo borderline di personalità*

*(5.1.5) Recensioni EBM*

*(5.1.6) Prove di ricerca*

*(5.1.7) I risultati riportati in studi randomizzati*

*(5.1.8) I risultati delle RCT inerenti esiti di autolesionismo e comportamenti suicidari*

*(5.1.9) Studio di popolazioni*

*(5.1.10) Potenziali fonti di bias*

*(5.1.11) Sub-analisi*

*(4.3.5) Trattamenti*

### 10.3 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 7.

#### Box 7.2 Raccomandazioni LG NICE Quesito 7 CS

#### Trattamento Psicologico

Quando si prende in considerazione un trattamento psicologico per una persona con un disturbo borderline di personalità è necessario tener presente:

- 1) La scelta e la preferenza della persona
- 2) Il livello di deterioramento e la gravità del disturbo
- 3) Il desiderio della persona di intraprendere una terapia e la motivazione al cambiamento.
- 4) La capacità della persona di rimanere all'interno dei confini di una relazione terapeutica
- 5) La disponibilità di un supporto personale e professionale

Prima di offrire alla persona un trattamento psicologico per il disturbo di personalità borderline o per la condizione di comorbidità, fornire alla persona delle informazioni attraverso un testo scritto delle caratteristiche del trattamento offerto. Per le persone che hanno difficoltà di lettura, fornire le medesime informazioni attraverso un video o DVD. In questo modo la persona può fare una scelta informata, inoltre questo può fornire un'occasione per discutere non solo di queste informazioni ma anche dell'efficacia dei diversi tipi di trattamento disponibili per le persone con disturbo borderline di personalità e di qualsiasi situazione di comorbidità.

Quando viene fornito un trattamento psicologico a persone con disturbo borderline di personalità, ed in particolare nei casi di comorbidità multiple e/o grave deterioramento, i servizi dovrebbero avere le seguenti caratteristiche:

- Un approccio teorico esplicito ed integrato, conosciuto sia dall'equipe che dal terapeuta e condiviso con il paziente.
- Un modello di cura strutturato sulla base della presente linea guida
- Prevedere una supervisione per il terapeuta

Sebbene la frequenza delle sedute terapeutiche dovrebbe essere stabilita sulla base dei bisogni della persona, del contesto di vita, una frequenza di due volte la settimana dovrebbe essere il riferimento.

Non bisogna utilizzare interventi brevi (meno di tre mesi) per persone con disturbo borderline di personalità o per sintomi specifici di questo disturbo, al di fuori di un servizio che abbia le caratteristiche indicate nel punto 10.3.4.3

Per le donne con un disturbo borderline di personalità per le quali la riduzione dei gesti autolesionistici è una priorità, è necessario considerare un programma completo di trattamento con un modello di terapia dialettico comportamentale.

Quando viene fornito un trattamento psicologico per persone con un disturbo di personalità borderline come intervento specifico all'interno del programma di cura e di trattamento usare il CPA per chiarire il ruolo dei diversi servizi, dei professionisti che forniscono il trattamento psicologico e degli altri professionisti coinvolti nel programma di cura.

Quando viene fornito un trattamento psicologico per persone con un disturbo di personalità borderline, monitorare l'effetto del trattamento su una serie di outcomes inclusi il funzionamento personale, l'uso di droghe ed alcol, gesti autolesionistici, depressione e i sintomi del disturbo borderline di personalità.

#### 10.4 ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE SUCCESSIVA ALL'AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012)

E' stato effettuato un esame della letteratura internazionale riguardante le terapie psicologiche per pazienti con diagnosi di DBP.

In particolare sono stati individuati 280 articoli i cui abstract sono stati successivamente esaminati indipendentemente da 2 ricercatori. Da questa prima scrematura sono stati individuati 45 articoli pertinenti e riguardanti il problema della terapia psicologica a livello teorico-scientifico.

In generale dalla letteratura successiva alle LG si può considerare che viene confermata la validità degli interventi strutturati di psicoterapia per i DBP e la loro ritenzione in trattamento, confermando il quadro di "trattabilità psicologica" della patologia, senza una sostanziale prevalenza nei risultati di un intervento su un altro.

In uno studio con alto grading - (*Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial, Joachim Soler e al., 2009*) viene però validato l'utilizzo, in considerazione anche del ridotto costo, delle sole Skills Training della DBT nella cura dei DBP. Inoltre, da un altro studio di sempre di elevato grading come sopra (*Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial, Marjon Nadort e al., 2009*) emerge la sostanziale mancanza di vantaggi nel sostenere un servizio all'utenza di disponibilità telefonica.

#### 10.5 TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI

Livello di evidenza	Tipo di evidenza (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
1+	<p>Carter GL, Willcox CH, Lewin TJ, Conrad AM, Bendit N. (2010) Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. <i>Aust.N.Z.J Psychiatry</i>;44:162-73.</p> <p>Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P <i>et al.</i> (2009) Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. <i>Behaviour Research and Therapy</i>;47:961-73.</p> <p>Doering S, Horz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C <i>et al.</i> (2010) Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. <i>British Journal of</i></p>

	<p><i>Psychiatry</i> ;196:389-95.</p> <p>Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S. (2011) Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder - a systematic review and meta-analysis. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>;123:327-38.</p> <p>Venturini A, Andreoli A, Frambati L, Lorillard S, Burnand Y, Ohlendorf P. (2011) Borderline personality disorder is easy to treat: are we ready to accept this good news?. <i>Rev Med Suisse</i>;7:390-4.</p> <p>Lobbestael J, Arntz A, Lobbes A, Cima M. (2009) A comparative study of patients and therapists' reports of schema modes. <i>J Behav. Ther. Exp. Psychiatry</i>;40:571-9.</p> <p>Cottraux J, Note ID, Boutitie F, Milliere M, Genouihlac V, Yao SN <i>et al.</i> (2009) Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder: Two-year follow-up of a controlled pilot study. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i>;78:307-16.</p> <p>Perez V, Pascual JC, Soler J, Tiana T, Cortes A, Baiget M <i>et al.</i> (2010) Psychotherapygenetics. Do genes influence psychotherapy adherence? <i>Revista de Psiquiatria y Salud Mental</i>;3:68-71.</p> <p>Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. (2011) Borderline personality disorder. <i>Lancet</i>;377:74-84.</p> <p>Kliem S, Kroger C, Kosfelder J. (2010) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. <i>J Consult Clin Psychol.</i>;78:936-51.</p> <p>Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina J, Campins MJ <i>et al.</i> (2009) Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. <i>Behaviour Research and Therapy</i>;47:353-8.</p>
1-	Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Maltzberger JT. (2011) Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder.

	<p><i>Current Psychiatry Reports</i>;13:60-8.</p> <p>Bos EH, van Wel EB, Appelo MT, Verbraak MJ. (2011) Effectiveness of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality problems in a 'real-world' sample: moderation by diagnosis or severity <i>Psychother.Psychosom.</i>;80:173-81.</p> <p>Fertuck EA, Keilp J, Song I, Morris MC, Wilson ST, Brodsky BS <i>et al.</i> (2012) Higher executive control and visual memory performance predict treatment completion in borderline personality disorder. <i>Psychother.Psychosom.</i>; 81:38-43.</p> <p>Lorillard S, Schmitt L, Andreoli A. (2011) How to treat suicide attempt? Part 2: A review of treatments and their efficiency among borderline personality disorder patients. <i>Annales Medico-Psychologiques</i>;169:229-36.</p>
2++	<p>McMurran M, Huband N, Overton E. (2010) Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. <i>Clinical Psychology Review</i>;30:277-87.</p> <p>Gregory RJ, Delucia-Deranja E, Mogle JA. (2010) Dynamic deconstructive psychotherapy versus optimized community care for borderline personality disorder co-occurring with alcohol use disorders: A 30-month follow-up. <i>Journal of Nervous and Mental Disease</i>;198:292-8.</p> <p>Kramer U, Berger T, Kolly S, Marquet P, Preisig M, de Roten Y <i>et al.</i> (2011) Effects of motive-oriented therapeutic relationship in early-phase treatment of borderline personality disorder: a pilot study of a randomized trial. <i>J Nerv.Ment.Dis</i>;199:244-50.</p> <p>Keinanen MT, Johnson JG, Richards ES, Courtney EA. (2012) A systematic review of the evidence-based psychosocial risk factors for understanding of borderline personality disorder . <i>Psychoanalytic Psychotherapy</i>;26:65-91.</p> <p>Bartak A, Andrea H, Spreeuwenberg MD, Ziegler UM, Dekker J, Rossum BV <i>et al.</i> (2011) Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders.</p>

	<p><i>Psychotherapy and Psychosomatics</i>;80:28-38.</p> <p>Jacob GA, Gabriel S, Roepke S, Stoffers JM, Lieb K, Lammers CH. (2010) Group therapy module to enhance self-esteem in patients with borderline personality disorder: a pilot study. <i>Int J Group Psychother.</i>;60:373-87.</p> <p>Perroud N, Uher R, Dieben K, Nicastrò R, Huguelet P. (2010) Predictors of response and drop-out during intensive dialectical behavior therapy. <i>J Pers.Disord.</i>;24:634-50.</p>
2+	<p>Marcinko D, Bilic V, Pivac N, Tentor B, Franic T, Loncar M <i>et al.</i> (2011) Serum cholesterol concentration and structured individual psychoanalytic psychotherapy in suicidal and non-suicidal male patients suffering from borderline personality disorder. <i>Coll.Antropol.</i>; 35 Suppl 1:219-23.</p>
2 -	<p>Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K, Sinha R. (2011) Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. <i>Am J Drug Alcohol Abuse</i>;37:37-42.</p> <p>Hayakawa M. (2009) How repeated 15-minute assertiveness training sessions reduce wrist cutting in patients with borderline personality disorder. <i>American Journal of Psychotherapy</i>;63:41-51.</p> <p>Leirvag H, Pedersen G, Karterud S. (2010) Long-term continuation treatment after short-term day treatment of female patients with severe personality disorders: Body awareness group therapy versus psychodynamic group therapy. <i>Nord.J Psychiatry</i>;64:115-22.</p> <p>Goldman GA, Gregory RJ. (2009) Preliminary relationships between adherence and outcome in dynamic deconstructive psychotherapy. <i>Psychotherapy</i>;46:480-5.</p> <p>Goldman GA, Gregory RJ. (2010) Relationships between techniques and outcomes for borderline personality disorder. <i>Am J Psychother.</i>; 64:359-71.</p> <p>Daly AM, Llewelyn S, McDougall E, Chanen AM. (2010) Rupture resolution in cognitive analytic therapy for adolescents with borderline personality disorder.</p>

	<p><i>Psychol.Psychother.</i>;83:273-88.</p> <p>Gibbons MBC, Crits-Christoph P, Barber JP, Wiltsey SS, Gallop R, Goldstein LA <i>et al.</i> (2009) Unique and Common Mechanisms of Change Across Cognitive and Dynamic Psychotherapies.</p> <p>Berking M., Wupperman P. (2012) Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. <i>Curr Opin.Psychiatry</i>;25:128-34.</p> <p>Ruocco AC, Medaglia JD, Tinker JR, Ayaz H, Forman EM, Newman CF <i>et al.</i> (2010) Medial prefrontal cortex hyperactivation during social exclusion in borderline personality disorder. <i>Psychiatry Research – Neuroimaging</i>;181:233-6.</p> <p>Ogrodniczuk JS, Kealy D, Howell-Jones G. (2009) A view from the trenches: A survey of Canadian clinicians' perspectives regarding the treatment of borderline personality disorder. <i>Journal of Psychiatric Practice</i>;15:449-53.</p> <p>Hermens MLM, Van Splunteren PT, Van Den BA, Verheul R. (2011) Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. <i>Psychiatric Services</i>;62:1381-3.</p> <p>Levy KN, Beeney JE, Wasserman RH, Clarkin JF. (2010) Conflict begets conflict: executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in treatment of borderline personality disorder. <i>Psychother.Res</i>;20:413-22.</p>
3	<p>Paris J. (2010) Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. <i>Curr Psychiatry Rep</i>;12:56-60.</p> <p>Sweet AD. (2011) Elements of psychotherapeutic assessment and treatment with structured and under-structured personalities. <i>British Journal of Psychotherapy</i>; 27:4-18.</p> <p>Eizirik M., Fonagy P. (2009) Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an</p>

	<p>overview. <i>Rev Bras.Psiquiatr.</i>;31:72-5.</p> <p>Stone MH. (2009) Perspective: Pitfalls in the psychotherapy of borderline personality or the triumph of faith over fact. <i>Journal of Personality Disorders</i>;23:3-5.</p> <p>Hadjipavlou G.,Ogrodniczuk JS. (2010) Promising psychotherapies for personality disorders. <i>Canadian Journal of Psychiatry</i>;55:202-10.</p> <p>Zanarini MC. (2009) Psychotherapy of borderline personality disorder. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>;120:373-7.</p> <p>Bellino S, Bozzatello P, Blandamura A, Bogetto F. (2010) Psychotherapy of borderline personality disorder: Current trends and research issues. <i>Italian Journal of Psychopathology</i>;16:11-26.</p> <p>Leichsenring F, Masuhr O, Jaeger U, Dally A, Streeck U. (2010) The effectiveness of psychoanalytic-interactional psychotherapy in borderline personality disorder. <i>Bulletin of the Menninger Clinic</i>;74:206-18.</p> <p>Caligor E, Diamond D, Yeomans FE, Kernberg OF. (2009) The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology. <i>J Am Psychoanal.Assoc.</i>;57:271-301.</p> <p>Lothane Z. (2011) The partnership of psychoanalysis and psychiatry in the treatment of psychosis and borderline states: its evolution in North America. <i>J Am Acad.Psychoanal.Dyn.Psychiatry</i>;39:499-523.</p>
--	---

## 10.6 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE ADATTATE

Quando si prende in considerazione un trattamento psicologico per una persona con un disturbo grave di personalità è necessario tener presente:

- **Il livello di motivazione della persona a cambiare la propria condizione psicologica e comportamentale**
- *La scelta e la preferenza della persona*
- *Il livello di deterioramento e la gravità del disturbo*
- *Il desiderio della persona di intraprendere una terapia e la motivazione al cambiamento.*

- *La capacità della persona di rimanere all'interno dei confini di una relazione terapeutica*
- *La disponibilità di un supporto personale e professionale*

*Prima di offrire un trattamento psicologico e, comunque, anche per tutte le altre offerte del Servizio (terapie farmacologiche, borse lavoro...etc), per i DGP o per le condizioni di comorbidità, occorre fornire delle informazioni chiare attraverso un testo scritto con le caratteristiche del trattamento offerto. Per le persone che hanno difficoltà di lettura, fornire le medesime informazioni attraverso materiali video. In questo modo può essere fatta una scelta informata, inoltre questo momento può fornire un'occasione per discutere dell'efficacia dei diversi tipi di trattamento disponibili per i DGP e le comorbidità.*

*Quando viene fornito un trattamento psicologico a persone con DGP, ed in particolare nei casi di comorbidità multiple e/o grave deterioramento, i servizi devono avere le seguenti caratteristiche:*

- **Aver sviluppato un contesto professionale favorente la motivazione:**
  - **strutturare un approccio di trattamento di servizio preliminare alla psicoterapia manualizzata che utilizzi modelli di contratto e relazione terapeutica, veicolanti responsabilizzazione e centratura sul paziente, gestione ottimale delle resistenze, orientamento al cambiamento, all'adesione e alla negoziazione dei vari percorsi di trattamento e riabilitazione;**
- **Un luogo dedicato al trattamento del paziente dove convergono e si integrano i vari attori di cura intorno al paziente.**
- **Un approccio teorico esplicito ed integrato, che favorisca da un lato l'intercettazione e la ritenzione, dall'altro, il trattamento, conosciuto sia dall'equipe che dal terapeuta e condiviso con il paziente.**
- *Un modello di cura strutturato sulla base della presente linea guida*
- **E' appropriato che la comunicazione terapeutica si svolga in setting ambulatoriali e/o residenziali (non telefonicamente)**
- *Prevedere una supervisione per il terapeuta*

*Sebbene la frequenza delle sedute terapeutiche dovrebbe essere stabilita sulla base dei bisogni della persona, del contesto di vita, una frequenza di **una** volta la settimana dovrebbe essere il riferimento.*

*Non bisogna utilizzare interventi brevi (meno di tre mesi) per persone con DGP.*

*Per le donne con un disturbo grave di personalità per le quali la riduzione dei gesti autolesionistici sia una priorità, è necessario considerare un programma completo di trattamento con un modello di terapia dialettico comportamentale.*

**Può essere appropriato e conveniente anche il solo utilizzo delle Skills Training della DBT per la cura dei pazienti affetti da DGP.**

*Quando viene fornito un trattamento psicologico per persone con un disturbo grave di personalità:*

- *usare il piano di cura per chiarire il ruolo dei diversi servizi, dei professionisti che forniscono il trattamento psicologico e degli altri professionisti coinvolti nel programma di cura;*

- *monitorare l'effetto del trattamento su una serie di outcomes inclusi il funzionamento personale, l'uso di droghe ed alcol, gesti autolesionistici, depressione e l'evoluzione dei sintomi specifici.*

## **11 QUALI SONO LE AZIONI E GLI INTERVENTI CHE POSSONO FAVORIRE LO SVILUPPO DELLE ATTITUDINI TERAPEUTICHE DI EQUIPE NEI CONFRONTI DEI DISTURBI GRAVI DI PERSONALITÀ?**

### **11.1 INTRODUZIONE**

I pazienti con DPG sono considerati difficili, non solo per gli aspetti clinici e per l'elevato rischio suicidario, ma anche per le conseguenze controtransferali che sortiscono sul personale. Questi pazienti, ed in particolare quelli con Disturbo Borderline di Personalità, suscitano intense e contraddittorie emozioni nei professionisti. Spesso le attitudini spontanee dell'equipe sono negative e divengono oggettivamente di ostacolo al trattamento appropriato. Uno dei più rilevanti problemi in quest'ambito è costituito dalle attitudini pessimistiche. I pazienti con DGP di personalità sono considerati spesso imprevedibili e indesiderabili al tempo stesso, e da questo punto di vista è breve il passo che conduce ad un atteggiamento di censura morale. La fiducia nel successo terapeutico è limitata e sono molti gli operatori che temono di essere impropriamente coinvolti in un vortice emozionale difficile da controllare. Un'altra diffusa mentalità riconduce all'obiettiva indisponibilità di risorse e competenze terapeutiche specifiche le difficoltà del rapporto di cura. La gestione della suicidalità appare di gran lunga più aggredibile nei pazienti psicotici o depressi ove assume carattere di acuzie, piuttosto che nei Borderline, ove tende a presentarsi come atteggiamento cronico generalizzato che si può riacutizzare anche in presenza anche di imprevedibili fattori stressanti minori.

Il paziente è considerato virtualmente capace, ma non desideroso di comportarsi in modo costruttivo verso gli altri ed autoconservativo verso se stesso. Non rispetta le regole della compliance verso il trattamento e a tratti assume comportamenti di sfida o provocazione nei confronti del curante. Talvolta l'impegno terapeutico è percepito come "perdita di tempo" perché non soddisfa le aspettative del professionista. Altri aspetti rilevanti attengono alla pressione che i pazienti esercitano, soprattutto durante gli stati acuti e di crisi, nei confronti dell'equipe. L'incombere di una richiesta pressante, agita attraverso dinamiche catastrofiche e manifestazioni teatrali suscita insieme reazioni di interesse e preoccupazione ma anche di irritazione e timore di commettere errori dalle potenziali ripercussioni cliniche ed eventualmente legali. La combinazione tra atteggiamento giudicante e sensazione di impotenza terapeutica può condurre verso comportamenti non appropriati e stati di irritazione, rabbia e talvolta aggressività (Koekkoek B, 2009). Meno manifesto, ma ugualmente negativo è l'atteggiamento di non fare nulla, nutrendo la speranza che la crisi non arriverà ad esplodere. Talvolta il comportamento di negazione ed evitamento del professionista si esprime attraverso l'invio ad altro servizio o altro terapeuta, strategia altrettanto fallimentare nell'esito trattamentale. Questi pazienti vengono definiti difficili perché sfidano il senso di competenza e di controllo del clinico (Breeze JA, 1998).

### **11.2 ANALISI DELLA COPERTURA DELLA LINEA GUIDA NICE SULLE AREE DEL QUESITO 8 DEL CS.**

#### **11.2.1 Quesito 8**

Il quesito formulato dal CS sul tema delle azioni e gli interventi che possono favorire lo sviluppo delle attitudini terapeutiche di Equipe è il seguente:

*“Quali sono le azioni e gli interventi che possono favorire lo sviluppo delle attitudini terapeutiche di Equipe nei confronti dei Disturbi Gravi di Personalità?”*

### **11.3 RACCOMANDAZIONI DELLA LINEA GUIDA NICE RELATIVE AL QUESITO 8 DEL CS.**

Le Linee Guida NICE non forniscono indicazioni specifiche e dettagliate sull'area del quesito 8, sebbene i principi di carattere generale contengano elementi essenziali in riferimento alle competenze relazionali e di comunicazione delle equipe, funzionalmente dedicate, e in genere dagli operatori che trattano pazienti con DGP.

#### *Box 8.1 Principi di carattere generale*

##### **Autonomia e scelta**

- Lavorare i partnership con le persone con disturbo borderline di personalità per sviluppare la loro autonomia e promuoverne la capacità di scelta e negoziazione assicurando che essi siano sempre attivamente coinvolti nell'individuare le soluzioni ai loro problemi anche durante le crisi;
- Incoraggiare i pazienti a considerare diverse opzioni trattamentali o scelte di vita disponibili e le conseguenze future delle opzioni individuate.

##### **Sviluppare una relazione fondata sull'ottimismo e la fiducia**

- Quando si lavora con le persone con disturbo Borderline di Personalità occorre esplorare le possibilità di intervento terapeutico in un'atmosfera di speranza, fiducia ed ottimismo, spiegando che la guarigione è possibile e raggiungibile.
- Costruire una relazione di fiducia lavorando in maniera aperta, coinvolgente e non giudicante. Inoltre è indispensabile essere affidabili e coerenti.
- Occorre avere in mente quando si trattano i pazienti con Disturbo di Personalità che queste persone potrebbero aver avuto esperienze di rifiuto, abuso o avere vissuto traumi infantili ed avere incontrato nel loro cammino lo stigma associato all'autolesionismo e alla diagnosi di Disturbo di Personalità.

Inoltre la raccomandazione su formazione, supervisione e supporto suggerisce ulteriori elementi sul mantenimento delle competenze relazionali e di comunicazione.

#### *Box 8.2 Raccomandazioni su formazione, supervisione e supporto*

##### **10.1.7 Formazione, supervisione e supporto**

10.1.9.1 I professionisti della salute mentale che lavorano in servizi di cura di secondo livello, inclusi i servizi territoriali, I Servizi di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza e i servizi ospedalieri, devono ricevere una formazione specifica sul Disturbo di Personalità Borderline, sulla valutazione dei rischi e dei bisogni e offrire un trattamento che sia indicato nella presente linea guida. La formazione dovrebbe essere fatta anche ai professionisti dei servizi di cura di primo livello che hanno un coinvolgimento significativo nella valutazione e nel primo trattamento delle persone con Disturbo di Personalità Borderline. La formazione deve essere fornita dagli stessi

professionisti dedicati al trattamento dei DP. (vedi raccomandazione 10.5.1.1)

10.1.9.2 I professionisti che lavorano con le persone con Disturbo di Personalità Borderline devono poter usufruire di una periodica supervisione e di uno specifico supporto.

#### (5.1.2) Offerta di interventi psicologici

Il metodo di distribuzione degli interventi psicologici ha un impatto importante sulla loro efficacia. A differenza dei trattamenti farmacologici, in cui i medici prescrittori sono assicurati della qualità del prodotto da parte dei produttori, la qualità di un intervento psicologico dipende dal fatto che i terapisti abbiano le competenze e il supporto organizzativo al fine di replicare l'intervento dimostratosi efficace nei contesti di ricerca. I livelli di formazione e supervisione dei terapisti e la loro adesione e competenza nell'effettuazione della terapia sono attentamente monitorati durante gli studi di ricerca, ma raramente nella pratica del servizio sanitario nazionale (NHS). La trasposizione dei risultati della sperimentazione nella pratica clinica di routine dipende quindi dalla consapevolezza che il NHS ha dei problemi di controllo qualità e dall'adozione di misure per assicurare l'appropriatezza degli interventi e il monitoraggio dei risultati, attraverso processi di governance clinica.

Tipicamente gli interventi psicologici per le persone con disturbo borderline di personalità sono forniti da psicologi, psichiatri, infermieri e altri professionisti della salute mentale con formazione avanzata nel metodo in corso di attuazione e che ricevono regolare supervisione specialistica. Per esempio, i terapeuti negli studi DBT di solito hanno un dottorato o un livello professionale di master, hanno dimostrato competenza in sei o otto casi, prima di essere abilitati e ricevere una supervisione settimanale. La capacità di riprodurre fedelmente il trattamento è monitorata attraverso valutazioni video o audio. L'ospedalizzazione parziale basata sulla Mentalizzazione differisce in quanto il personale della salute mentale non è in possesso di qualifiche formali, ma è addestrato nel metodo da un consulente specialista e ricevere una supervisione bisettimanale.

(8.5.17.4) Organizzare una revisione formale CPA (Care Programme Approach) per le persone con disturbo borderline di personalità che sono stati ammessi due o più volte negli ultimi 6 mesi.

#### Supporto per i terapeuti e pratica riflessiva

È importante che coloro che sono coinvolti nella fornitura di servizi di assistenza secondaria alle persone con disturbo borderline di personalità abbiano l'opportunità di riflettere sulla loro pratica.

La pratica riflessiva può essere migliorata attraverso la supervisione indipendente da parte di una persona non direttamente coinvolta nel quotidiano lavoro del team. Coloro che forniscono la supervisione devono incoraggiare la riflessione sugli effetti che il lavoro ha sui terapeuti e sulle eventuali modalità di risposta contro-terapeutiche. Le ricerche pongono infatti l'accento sulla relazione terapeutica e sugli aspetti controtransferali che il rapporto con i pazienti borderline elicita. La capacità da parte del terapeuta di riconoscere e contenere tali reazioni è una condizione essenziale per l'adesione del paziente al trattamento e per la riuscita della cura. Gli studi più recenti evidenziano infatti una tendenza del personale psichiatrico, in particolare per quello impegnato più direttamente nelle situazioni di gestione del rischio suicidario, una tendenza a vivere questi pazienti in modo negativo attribuendo a loro e non alla impulsività della malattia la responsabilità dei comportamenti auto lesivi. La pratica riflessiva attivata dal lavoro di supervisione risulta un antidoto all'effetto anti-pensiero degli acting impulsivi.

(8.5.18) Servizi specialistici  
(omissis)

Viste del GDG (Guideline Development Group)

Era opinione del GDG che i servizi specialistici non dovrebbero essere restrittivi e dovrebbero offrire più di un tipo di intervento per soddisfare le esigenze prevalentemente complesse degli utenti dei servizi e consentire la flessibilità e l'esercizio di scelta, soprattutto in assenza di alcuna prova evidente che un trattamento o un tipo di fornitura di servizi è più vantaggioso di un altro. La scarsa disponibilità di tali servizi per le persone con disturbo di personalità suggerisce che questi dovrebbero concentrarsi sul trattamento dei pazienti con disturbi gravi di personalità che hanno un funzionamento maggiormente alterato e possono avere elevati livelli di rischio. Questi servizi possono avere elevati livelli di utilizzo.

Istruzione e formazione sono necessari negli interventi specialistici per sostenere il lavoro dei servizi di salute mentale congiuntamente alle consultazioni sui casi e alle opportunità di pratica riflessiva.

(omissis)

(8.5.19.5) Raccomandazioni per la pratica clinica

I servizi specialistici per il disturbo di personalità dovrebbero coinvolgere le persone con disturbi della personalità e le loro famiglie o gli assistenti alla persona nella pianificazione degli sviluppi dei servizi e nello sviluppo di informazioni sui servizi. Con un'adeguata formazione e supporto, le persone con disturbi di personalità possono anche fornire servizi, come la formazione per i professionisti, l'educazione per gli utenti dei servizi e le loro famiglie o i loro assistenti alla persona, e facilitare gruppi di supporto tra pari.

## 11.4 ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE (SUCCESSIVA ALL'AGGIORNAMENTO DELLA LG (2011-2012))

La letteratura sull'argomento successiva all'edizione della LG (periodo analizzato 2009 – 2011) è molto vasta, sono stati rinvenuti N 159 articoli, di cui però solo 6 sono stati selezionati come pertinenti l'area del quesito. Tra questi nessuno studio di letteratura primaria, la stragrande maggioranza hanno carattere osservazionale o ancor più semplicemente di opinioni strutturate.

### 11.4.1 Woollaston, K., Hixenbaugh, P. (2008) Destructive Whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *J. Psychiatr Ment Health Nurs.*;15(9):703-9.

Studio osservazionale, condotto attraverso una intervista semistrutturata somministrata ad un gruppo di dirigenti infermieristici infermieri dei Servizi di Salute Mentale per acuti o territoriali di Londra o dell'Hampshire. Lo studio affronta il problema della percezione da parte degli infermieri dei Servizi di Salute Mentale dei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità. In accordo con la letteratura sul tema, è emerso che i partecipanti allo studio avevano tendenza a percepire le persone con DBP in maniera negativa (Gallop & Lancee 1986, Deans & Meocevic 2006). In particolare la percezione dei professionisti era centrata sulle caratteristiche della distruttività, della manipolatività e della minacciosità come stereotipi negativi del DP. Il tema centrale è quello del tornado distruttivo, quale metafora della modalità con la quale sono percepiti i DP. Questi pazienti sono considerati potenti, pericolosi; forze insistenti ed incontenibili che lasciano una scia di distruzione sul loro cammino. Inoltre i professionisti partecipanti allo studio, hanno riportato con evidenza che i pazienti in questione comportano un enorme carico emotivo e una altrettanto

importante perdita di tempo. La ricerca suggerisce che la sensazione di essere incapaci di portare aiuto è una delle principali cause della percezione negativa dei pazienti con DGP tra il personale infermieristico.

**11.4.2 Cleary, M., Siegfried, N., Walter, G. (2002) Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*; 11: 186–191.**

E' uno studio osservazionale condotto con la metodologia di questionari inviati a infermieri dei servizi di salute mentale ospedalieri che operano nell'area di Sydney. Sono stati coinvolti 516 soggetti. Il questionario indagava diverse aree del rapporto con i pazienti borderline, dalle competenze alle richieste di formazione concentrandosi sulle attitudini e le opinioni degli infermieri professionali. La maggior parte degli intervistati ha riportato di avere grandi difficoltà nel trattare i pazienti con DBP. Una percentuale molto alta (84%) ha affermato che si tratta in assoluto dei pazienti più difficili da trattare. I pazienti con DBP hanno un forte impatto sull'equipe. La comprensione delle dinamiche cliniche è necessaria per sviluppare strategie per trattare le scissioni, gli agiti impulsivi e gli altri comportamenti distruttivi. La maggior parte dei partecipanti allo studio ha indicato la necessità di training formativi specifici per il trattamento dei DP associati alla pratica della supervisione come momento formativo in grado di sostenere anche il carico emotivo. Gli autori commentano positivamente i risultati affermando che la formazione deve essere orientata al cambiamento reale della pratica clinica e verificabile attraverso un sistema di esiti clinici.

**11.4.3 Commons Treloar, A., J., Lewis, A., J. (2008) Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 42:578-58**

Lo Studio ha coinvolto 140 soggetti, operatori di diverse professionalità dei servizi, infermieri, assistenti sociali, psicologi, riabilitatori, ai quali sono stati distribuiti un questionario e una scala autosomministrati, sulla percezione dell'autolesionismo, la Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire (ADSHQ). I risultati dello studio hanno evidenziato che le attitudini professionali verso i pazienti con Disturbo Borderline di Personalità che commettono atti di autolesionismo sono influenzate da una molteplicità di fattori. I principali sono il setting di appartenenza, il livello di esperienza e la formazione specifica nel trattamento dei DP. Più nello specifico è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa tra le attitudini del personale dei servizi territoriali e quelle del personale dei servizi di emergenza. Le cause possono essere ricondotte alla diretta esposizione del personale di emergenza agli episodi di tentato suicidio e di autolesionismo, nonché alla difficoltà di mantenere buoni livelli di empatia in condizioni di forte stress. Di converso i professionisti delle equipe territoriali hanno attitudini migliori perché conoscono le sofferenze individuali di questi pazienti e soprattutto perché sono in grado di apprezzare i cambiamenti positivi che possono avere nel corso del tempo. Gli altri fattori esaminati, e risultati significativi, sono il sesso femminile, il livello di studi, la formazione universitaria e la frequenza dei contatti, tutti direttamente proporzionali alle attitudini positive.

**11.4.4 Commons Treloar, A., J., Lewis, A., J. (2008) Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* ; 42:981-988**

Lo studio ha lo scopo di valutare l'impatto della formazione clinica nel migliorare le performance dei professionisti nel trattamento di pazienti complessi con Disturbo di Personalità Borderline e caratteristiche di autosuicidalità. Ai fini dello studio è stato utilizzato lo stesso questionario del precedente lavoro (Amanda J, 2008) la Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire (ADSHQ) somministrato a 99 clinici che avevano partecipato ad un training formativo specifico. Il training consisteva in un corso base sulla competenza diagnostiche, clinico fenomenologiche e sulle raccomandazioni delle LG nazionali australiane sulla gestione dell'autolesionismo. Si è evidenziato che i partecipanti alla formazione mostrano sensibile miglioramento su tutti i fattori indagati. Il personale laureato ottiene il maggiore miglioramento; le donne di più rispetto ai professionisti di sesso maschile. Mentre coloro che avessero almeno 16 anni di attività clinica si mostravano tra i più refrattari al cambiamento. Gli autori concludono che i programmi formativi clinici sono efficaci nel modificare le attitudini negative dei professionisti verso il DBP e verso l'autolesionismo, individuando alcune categorie maggiormente suscettibili di cambiamento (donne, esperienza inferiore ai 16 anni, personale laureato).

**11.4.5 Bourke, M. E., Grenyer, B. (2010) Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*; Volume 20, Issue 6: 680-691.**

È uno studio osservazionale comparativo sulle attitudini dei terapeuti verso i pazienti con Disturbo Borderline di Personalità in confronto a pazienti con Disturbo Depressivo Maggiore. I due gruppi di pazienti erano di eguale numero (N=40 DBP e 40 MDD). I terapeuti (N=20) sono stati individuati tra i professionisti dei servizi territoriali aventi un legame con l'università. I terapeuti sono stati intervistati mediante uno strumento semistrutturato: il Core conflictual relationship theme\_ Leipzig/ Ulm method (CCRT-LU; Albani et al., 2002), uno strumento che indaga il funzionamento cognitivo ed emotivo dei terapeuti in relazione alla diagnosi dei pazienti trattati. Lo scopo principale di questo studio è di analizzare i pattern controtransferali dei terapeuti utilizzando la CCRT. Sebbene sia stata identificata una base comune tra i terapeuti, si è riscontrata una maggiore tendenza a incoraggiare a supportare i pazienti depressi e a facilitare l'indipendenza nei pazienti con DP. In generale i pazienti con depressione venivano percepiti come rispondenti in modo elettivo a pattern relazionali e i terapeuti mostravano uno stile attivo e amicale, mentre con i pazienti con DBP venivano presentate risposte disarmoniche. I terapeuti hanno riportato in generale un maggiore senso di competenza nel trattamento dei pazienti MDD piuttosto che BPD. Inoltre per quanto fosse stata dichiarata una disponibilità al trattamento uguale nei confronti dei due gruppi, si riscontrava un tasso maggiore di abbandoni (da parte del terapeuta) dei pazienti con DP. Infine sono state riscontrate differenze statisticamente significative nelle valenze. In particolare sono emerse valenze negative nei confronti dei pazienti con DBP, indicative di interazioni interpersonali contraddittorie.

**11.4.6 Bodnera, E., Cohen-Fridela, S., Iancu I. (2011) Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*; 52: 548-555.**

E' uno studio osservazionale realizzato in Israele sulle attitudini e le cognizioni dei professionisti della salute mentale coinvolti nel trattamento di pazienti con Disturbo Borderline di Personalità. Sono stati interessati 587 clinici, di cui 25 infermieri, 13 psicologi e 19 medici. I probandi sono stati intervistati con uno strumento strutturato elaborato direttamente dagli autori e costruito sulla scorta delle indicazioni della letteratura evidence based e di un brainstorming per l'adattamento locale. Ne è derivato uno strumento di 47 items che indaga le attitudini dei professionisti e le loro cognizioni rispetto alle opzioni trattamentali dei Borderline: Borderline patients – Cognitive Attitudes and Treatment inventory. Lo studio ha valutato le attitudini cognitive ed emotive di tre gruppi professionali nella gestione clinica di pazienti con DP. I risultati mostrano che gli psicologi esprimono giudizi meno antagonisti verso i pazienti con BDP. Ad esempio percepiscono meno la manipolatività e sono maggiormente inclini ad accettare il ricovero e il trattamento in favore dei pazienti borderline rispetto agli infermieri e ai medici. Gli autori sono portati a credere che questo dato derivi dagli sforzi degli psicologi di accettare ed empatizzare con i pazienti in opposizione allo stile autoritario e orientato alla definizione di limiti (limit setting) degli altri professionisti. Invece tutti e tre i gruppi hanno fornito risposte simili sugli altri due fattori esaminati (caratteristiche del trattamento e tendenze suicidarie). Tutti concordavano nel ritenere che i pazienti borderline possono essere trattati e migliorare grazie ad un approccio riabilitativo e psicoterapeutico. Uguale accordo è stato registrato sulla percezione dell'elevato rischio suicidario di questi pazienti. Inoltre sugli aspetti emotivi è emerso che gli infermieri hanno fornito le risposte più basse sull'empatia e tutte e tre le categorie di professionisti hanno evidenziato sentimenti di frustrazione, rabbia, impazienza, agitazione nei confronti dei pazienti Borderline. Gli autori concludono indicando la necessità di training formativi specifici per le equipe coinvolte nel trattamento dei pazienti borderline.

### 11.5 ANALISI DELLA LETTERATURA ITALIANA NARRATIVA.

Il tema delle caratteristiche dell'equipe curante dei Servizi di Salute Mentale del Servizio Sanitario Nazionale per i pazienti con disturbi di Personalità è stato ampiamente trattato da Antonello Correale che ha dedicato numerosi scritti a questo argomento. Uno dei suoi più recenti è accolto in una monografia del 2009 (Sanza M, 2009). Il contributo di Correale analizza la posizione del singolo terapeuta e del gruppo istituzionale. :

*“Il singolo terapeuta si articola in tre funzioni.*

1) *Il referente è la figura che assume su di sé l'investimento emozionale ed affettivo principale. Può cambiare nel corso del tempo, ma è fondamentale che fin dall'inizio venga individuato chi e come deve svolgere questa funzione.*

2) *Il case manager. È la figura che coordina i vari interventi specialmente nei casi in cui sono implicate più istanze istituzionali (SPDC, centri diurni, comunità, residenze, interventi familiari, inserimenti lavorativi, aiuti economici, collegamenti con la giustizia e coi servizi con le tossicodipendenze).*

3) *Il responsabile del servizio, che si assume la responsabilità medico legale della gestione del caso. È fondamentale che queste tre figure siano tra di loro collegate ma distinte e condividano a grandi linee il progetto terapeutico.*

*È fondamentale però che venga sottolineata con forza la funzione insostituibile del referente-terapeuta.*

*Questa figura ha il compito di “personalizzare” il rapporto, dargli per così dire “carne e sangue”, sviluppare una memoria condivisa, attivare un piano di morbidezza e tranquillità al posto della tendenza tempestosa ai rapporti, funzioni che non possono che essere svolte da un terapeuta-persona o non un terapeuta-funzione. Il case-manager e il responsabile legale devono permettere al*

*terapeuta di lavorare con tranquillità e a sua volta il terapeuta-referente deve trasmettere loro almeno il senso di ciò che sta accadendo col suo paziente.*

*Il gruppo istituzionale, a sua volta, deve essere un gruppo omogeneo, di non più tre o quattro persone, di varie professionalità, che condividano un modello comune e che ogni volta che c'è un contrasto siano in grado di affrontarlo senza infingimenti, ma anche senza lacerazioni e contrapposizioni violente. Questo aspetto è forse il più difficile da realizzare in campo istituzionale, ma è l'unico in grado di garantire una evoluzione efficace del trattamento. In particolare, il piccolo gruppo deve essere a conoscenza, almeno a grandi linee, del lavoro che fa il referente, e non ostacolarlo, ma appoggiarlo e in caso di contrasti, di affrontarli in un clima di confronto aperto e franco. Per altro, il referente deve essere in grado di chiedere al gruppo aiuto quando si sente sopraffatto, senza sentire che questo provochi attacchi o colpevolizzazioni. La condivisione di un modello comune è garanzia di omogeneità, ma è importante anche che, all'interno del piccolo gruppo, l'omogeneità sia garantita da una certa affinità anche personale fra i membri del piccolo gruppo o in mancanza di questa, almeno di una certa fiducia e di un rispetto reciproco: il famoso lavoro di squadra, che consiste nel fare un passo indietro, quando si deve tener conto dell'attività di un altro membro del gruppo, ma al tempo stesso di criticare senza paura di distruggere. Infine è importante che l'intera équipe condivida, almeno a grandi linee, un modello comune e sia in grado di collaborare col piccolo gruppo e coi referenti quando sia necessario, senza sentirsi espropriata, ma anche senza deleghe eccessive nei loro confronti. Siamo convinti che un modello integrato di questo tipo, possa portare a successi terapeutici molto importanti e che l'attività epidemiologica e di ricerca dei prossimi anni debba essere diretta a valutare con precisione e rigore, l'efficacia delle linee di trattamento che abbiamo proposto.”*

Si cita inoltre il contributo, nell'ambito della stessa monografia (Sanza, M. 2009) di Straticò sulle caratteristiche dei servizi nel promuovere l'empowerment come principio ordinatore del lavoro clinico e dello sviluppo professionale. Si riportano i concetti chiavi proposti dall'autore.

- *Il lavoro terapeutico con i pazienti BDP può essere pregiudicato dall'ordinario dominio dell'approccio paternalistico, dall'ostracismo verso il sapere psicodinamico e le tecniche derivate, dalla sistematica presunzione d'incapacità del paziente ad essere partner affidabile del trattamento.*
- *L'offerta e l'assetto attuale dei SSM rappresentano la condizione senza la quale ogni realistica ambizione terapeutica è velleitaria, ma <l'esistente> risulta insufficiente e inadeguato qualora non vengono superate le criticità evidenziate, che oggi caratterizzano il prevalente operare dei Servizi.*
- *La cultura dell' Empowerment, il concetto derivato e l'approccio che ne discende: relazionale e negoziale, responsabilizzante e orientato ordinariamente dalla principio di autonomia, possono rappresentare un efficace contributo per garantire un trattamento secondo gli standard raggiungibili allo stato dell'arte.*
- *Il principio di autonomia può trovare un limite quando si tratta di prevenire l'escalation della violenza, ovvero per garantire valori sociali non negoziabili quali l'incolumità fisica del paziente e/o di altre persone (inclusi i curanti).*
- *Ordinariamente, si terranno in grande considerazione i punti di forza del paziente, i suoi valori, le sue preferenze ed i suoi interessi; in ragione di ciò*
- *il trattamento, i suoi obiettivi e il setting in cui sarà erogato saranno scelti all'interno di un processo di “shared decision making” (41).*
- *E' indispensabile assicurare adeguata formazione agli operatori più direttamente chiamati ad assicurare <segmenti> del percorso-paziente e puntuali supervisioni all'intero gruppo di lavoro.*

- *Per conseguire il possibile empowerment del paziente è assolutamente necessario che si persegua anche l'empowerment del gruppo di lavoro, dal momento che*
- *“l'empowerment in Psichiatria, verso il paziente ed i componenti del gruppo di lavoro, può essere inteso e definito come consapevole e responsabile progettualità generativa della Persona”*

Utile a delineare nel contesto nazionale le funzioni di supervisione di equipe, il contributo di Giuseppe Corlito che differenzia l'attività di formazione e cura del gruppo di lavoro e, nell'eventualità, la funzione di vera e propria attività terapeutica nei confronti dello stesso.

Nel primo caso la supervisione d'equipe si basa sulla lettura e comprensione delle dinamiche interne all'equipe, fornendo *“l'indicazione di un metodo e di un clima interno, attraverso la valorizzazione degli interventi periferici, l'esplicitazione degli aspetti affettivi circolanti, del controtransfert attivo ed eventualmente con l'interpretazione esplicita delle dinamiche operanti nel gruppo, soprattutto quelle basali in conflitto con il compito e l'assetto manifesto del gruppo di lavoro dei curanti”*\*. Realizzandosi così nel tempo *“una trasformazione dell'assetto nel senso dell'apprendimento del lavoro in gruppo e della riduzione delle comunicazioni e degli agiti disfunzionali”*. Nel secondo caso, l'attività di supervisione è rivolta alla *“comprensione ed elaborazione potenziale di aspetti disfunzionali presenti nel gruppo tra operatori e nell'organizzazione del Servizio che, insieme ad altri fattori del funzionamento quotidiano e del contatto con lo specifico (cioè l'esposizione e il coinvolgimento con le frustrazioni e le ansie tipiche del lavoro psichiatrico istituzionale) possono creare fenomeni patologici di usura della motivazione e dell'assetto degli operatori”*.

## 11.6 TABELLA DI EVIDENZE SECONDO CRITERI GERARCHICI

Livello di evidenza	Tipo di evidenza (Scottish Intercollegiate Guidelines Network).
3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Woollaston, K., Hixenbaugh, P. (2008) Destructive Whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. <i>J. Psychiatr Ment Health Nurs.</i>;15(9):703-9.</li> <li>2. Cleary, M., Siegfried, N., Walter, G. (2002) Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>; 11: 186–191.</li> <li>3. Commons Treloar, A., J., Lewis, A., J. (2008) Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i>; 42:578-58</li> <li>4. Commons Treloar, A., J., Lewis, A., J. (2008) Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized</li> </ol>

	<p>controlled trial <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> ; 42:981-988</p> <p>5. Bourke, M. E., Grenyer, B. (2010) Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. <i>Psychotherapy Research</i>; Volume 20, Issue 6: 680-691.</p> <p>6. Bodnera, E., Cohen-Fridela, S., Iancuc I. (2011) Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. <i>Comprehensive Psychiatry</i>; 52: 548-555.</p>
--	--

### 11.7 RACCOMANDAZIONI SULLA BASE DELLA LETTERATURA EB E / O METODOLOGIA DI CONSENSO

La LG NICE tratta poco il tema delle azioni atte a rinforzare e a mantenere le attitudini terapeutiche dell'Equipe, anche perché non vi sono studi qualitativamente validi su questi aspetti. Attribuisce, comunque, molta importanza al sistema dei valori e alle caratteristiche della relazione con l'utente con Disturbo di Personalità (Borderline), da una parte e dall'altra alle metodologie di implementazione delle terapie psicologiche, prevedendo le funzioni della supervisione specialistica e della pratica riflessiva nei servizi che può essere sostenuta dal contributo di un supervisore indipendente.

Per quanto riguarda il primo aspetto, l'enfasi posta sui principi dell'empowerment, dell'approccio neutro e non giudicante e dell'autonomia del paziente nell'ambito del rapporto di cura (trattati in questo documento nel capitolo 2) rimanda alle specifiche competenze del personale che devono essere coerenti con la cornice dei valori. La letteratura esaminata, per quanto di livello 3 o anche inferiore, esplicita, quanto meno sul piano descrittivo, che le attitudini negative degli operatori nei confronti dei pazienti con Disturbo Borderline, e dell'autolesionismo in genere, sono un concreto ostacolo al trattamento appropriato dei Disturbi di Personalità. La formazione viene suggerita come strumento efficace per migliorare le competenze relazionali dei professionisti. Sembrerebbe, in base ai risultati di alcuni studi, che gli psicologi siano più inclini, rispetto al personale medico ed infermieristico ad accettare un rapporto empatico ed incoraggiante dell'autonomia nei confronti dei pazienti con DGP. Anche l'età professionale è stata messa in relazione alle difficoltà ad accettare un rapporto terapeutico non giudicante con i DGP. In questo ambito, la letteratura nazionale propone modelli di funzionamento, anche organizzativo, dell'equipe che tengono conto del contesto, prevalentemente territoriale, a differenza della maggiore parte degli studi anglosassoni citati in questo capitolo, e propone un modello capace di limitare gli effetti scissionali che possono essere prodotti dai pazienti. Naturalmente mancano prove di evidenza che questo accada, ma buon senso ed esperienza clinica suggeriscono che una equipe coesa, in cui i ruoli siano ben definiti e chiari (aspetti declinati anche dalla LG NICE con forza nella descrizione del progetto di cura e del contratto), possa fornire risultati terapeutici migliori e al tempo stesso contribuire a proteggere gli operatori dai rischi emozionali del controtransfert.

Per quanto attiene la supervisione si evidenzia la duplice funzione di supporto tecnico e di contributo allo sviluppo della riflessione *in* equipe. La prima, utile per il mantenimento della competenza clinica, soprattutto nel campo dei trattamenti psicologici, la seconda funzionale a

rafforzare e mantenere la coerenza operativa rispetto al modello organizzativo e terapeutico adottato dal Servizio e a trattare le eventuali manifestazioni controtrasferali disfunzionali, frequentemente elicitate dai pazienti con Disturbo di Personalità.

**La formazione è uno strumento prioritario ed indispensabile per attivare nei servizi una nuova consapevolezza sui modelli di cura basati sulle evidenze efficaci per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità.**

**La formazione deve riguardare non solo gli aspetti tecnici relativi ai singoli trattamenti efficaci, ma investire anche il sistema dei valori di riferimento che consentano di rimuovere gli ostacoli culturali che riducono l'accessibilità ai servizi e ai trattamenti appropriati per i DGP.**

**La Supervisione è il secondo strumento individuato per incidere sulle attitudini terapeutiche delle Equipe. Nella sua funzione tecnica va associata alla formazione mirata all'acquisizione e all'implementazione di specifici modelli di intervento, basati su presupposti teorici e tecniche standardizzate, ad esempio MBT e DBT. La supervisione tecnica deve fare parte dei programmi di formazione continuativi dei servizi che hanno fatto proprie queste specifiche metodologie di intervento.**

**La Supervisione di Equipe, sostenuta da un esperto esterno al Servizio, è raccomandata come programma teso a sostenere la coerenza e l'omogeneità delle risposte terapeutiche e a individuare, ed eventualmente trattare, eventuali manifestazioni controtrasferali disfunzionali nell'equipe.**

**In un'era in cui l'attenzione verso le risorse è divenuta sempre più necessaria, è necessario sviluppare modelli sostenibili di Supervisione, compatibili con le risorse attribuite ai DSM – DP. In questo senso, almeno per la Supervisione di Equipe, è utile fare leva sulle competenze interne dei DSM DP favorendo lo scambio incrociato delle Supervisioni tra Dipartimenti vicini affidandole a professionisti esperti dl Servizio Sanitario Regionale.**

## 12 BIBLIOGRAFIA

- AGREE Next Step Consortium. (2011) AGREE II. Checklist per valutare la qualità delle linee guida. Fondazione GIMBE: Bologna.
- Akiskal, H.S., Chen, S.E., Davis, G.C. *et al.* (1985) Borderline personality disorder: an adjective in search of noun. *Journal of Clinical Psychiatry*; 46:41-48.
- APA (American Psychological Association) (2008) *Public Interest Government Relations Office – Transition Youth with serious mental illness –*.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV)*. Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (2012) *DSM 5 Development*. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/PersonalityDisorders.aspx>
- American Psychiatric Association. (2001) *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington DC: APA.
- Archer, R.P. *et al.* (1985) MMPI characteristics of borderline psychopathology in adolescent inpatients. *Journal of personality assessment*; 49 (1): 47-55.
- Arntz, A., Van Den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., Van Den Bosch, W.M., De Bie, A.J. (2003) Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders*; 17(1): 45-59.
- Axelrod, S.R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., Sinha, R. (2011) Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 37:37-42.
- Baker-Glenn, E., Steels, M., Evans., C. (2010) Use of psychotropic medication among psychiatric out-patients with personality disorder. *The Psychiatrist*; 34: 83–86.
- Balzarotti, S., John, O.P., Gross, J.J. (2010) An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*; 26 (1): 61-67.
- Barnà, C.A., Corlito, G. (2012) (a cura di) *Emergenze borderline*, Franco Angeli.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., Priebe, S. (2011) Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder - a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 123:327-38.
- Barratt, E.S., Stanford, M.S. (1995) Impulsiveness. In: Costello CG (Ed.) *Personality Characteristics of the Personality Disordered Client*, Wiley, New York.
- Bartak, A., Andrea, H., Spreeuwenberg, M.D., Ziegler, U.M., Dekker, J., Rossum, B.V. *et al.* (2011) Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 80:28-38.
- Bellino, S., Bozzatello, P., Blandamura, A., Bogetto, F. (2010) Psychotherapy of borderline personality disorder: Current trends and research issues. *Italian Journal of Psychopathology*; 16:11-26.
- Ben Porath, D.D. (2004) Strategies for securing commitment to treatment from individuals diagnosed with borderline personality disorder. *J. Contemp. Psychother.*; 34: 247-263.
- Bemporad, J.R. *et al.* (1982) Borderline syndromes in childhood: criteria for diagnosis. *American Journal of Psychiatr*; 139 (5): 596-602.
- Berking, M., Wupperman, P. (2012) Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin.Psychiatry*; 25:128-34.

- Bernstein, E.M., Putnam, F.W. (1986) Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 174 (12): 727-735.
- Berrino, A., Ohlendorf, P., Duriaux, S., Burnand, Y., Lorillard, S., Andreoli, A. (2011) Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Res.*; 186:287-92.
- Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C.E., Duggan, C. (2006) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 1. Art. No.: CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.
- Bleiberg, E. (2004) *Il trattamento dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*. Giovanni Fioriti Editore.
- Bodlund, O., Ekselius, L., Lindstrom, E. (1993) Personality traits and disorders among psychiatric outpatients and normal subjects on the basis of the SCID screen questionnaire. *Nord Psykiatr Tidssk*; 47:425-433.
- Bodnera, E., Cohen-Fridela, S., Iancuc I. (2011) Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*; 52: 548–555.
- Borderline personality disorder: Treatment and Management. The Nice Guideline. National collaborating centre for mental health. 2009. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Borderline%20personality%20disorder%20full%20guideline-published.pdf>
- Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Philips, R., Moran, P. (2012) Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issues 6.
- Bos, E.H., van Wel, E.B., Appelo, M.T., Verbraak, M.J. (2011) Effectiveness of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality problems in a 'real-world' sample: moderation by diagnosis or severity *Psychother.Psychosom.*;80:173-81.
- Bourke, M. E., Grenyer, B. (2010) Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*; Volume 20, Issue 6: 680-691.
- Brakoulias, V., Mandali, R., Seymour, J., Sammut, P., Starcevic, V. (2010) Characteristics of admissions to a recently opened Psychiatric Emergency Care Centre. *Australasian Psychiatry*; 18:326-9.
- Breeze, J.A., Repper, J. (1998) Struggling for control: the care experiences of 'difficult' patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*; 28:1301–1311.
- Bremner, J.D., Steinberg, M., Southwick, S.M., Johnson, D.R., Charney, D.S. (1993). Use of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders for systematic assessment of dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*; 150: 1011-1014.
- Burroughs, T., Somerville, J. (2012) Utilization of Evidenced Based Dialectical Behavioral Therapy in Assertive Community Treatment: Examining Feasibility and Challenges. *Community Mental Health Journal*; [Epub ahead of print]
- Buss, A.H., Durkee, A. (1957) An Inventory for Assessing Different Kinds of Hostility. *Journal of Consulting Psychology*; 21(4): 343-349.
- Buss, A.H., Perry, M. (1992) The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*; 63 (3): 452-459.
- Caine, T.N., Foulds, G.A., Hope, K. (1967) *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)*. University of London Press, London.

- Caligor, E., Diamond, D., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2009) The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology. *J Am Psychoanal.Assoc.*;57:271-301.
- Cancrini, L.(2006) *L'oceano borderline, racconti di viaggio*. Raffaello Cortina Editore.
- Carbellotta, A.(2011) AGREE II: come valutare la qualità delle linee-guida. *Recenti progressi in medicina*; 102 (5): 217-219.
- Carter, G.L., Willcox, C.H., Lewin, T.J., Conrad, A.M., Bendit, N. (2010) Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Aust.N.Z.J Psychiatry*;44:162-73.
- Catanzaro, S.J., Mearns, J. (1990) Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment*; 54 (3-4): 546-563.
- Cerutti, R., Presaghi, F., Manca, M., Gratz, K.L. (2012) Deliberate self harm behavior among Italian young adults: correlations with clinical and non clinical dimensions of personality. *American Journal of Orthopsychiatry*; Accepted for publication (in press).
- Chanen, M.C., *et al.* (2007) Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *MJA*; 187: S18-S21.
- Chanen, A.M., McCutcheon, L.K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H.J., McGorry, P.D. (2009) The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric.Practice*; 15: 163-72.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Pan Yuen, H., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V., Gorry, P.D., (2009) Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 43(5): 397-408.
- Cleary, M., Siegfried, N., Walter, G. (2002) Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*; 11: 186–191.
- Coccaro, E.F., Berman, M.E., Kavoussi, R.J. (1997) Assessment of life history of aggression: development and psychometric characteristics. *Psychiatry research*; 73 (3): 147-157.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., Ullrich, S. (2006) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*; 188: 423-431.
- Coid, J., Yang, M., Bebbington, P., Moran, P., Brugha, T., Jenkins, R. *et al.* (2009) Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. *Psychological Medicine*; 39: 1721-31.
- Commons Treloar, A., J., Lewis, A., J. (2008) Professional attitudes towards deliberate self-harm in patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 42:578-58
- Commons Treloar, A., J., Lewis, A., J. (2008) Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* ; 42:981-988
- Conte, H.R., Plutchik, R., Karasu, T.B., Jerrett, I. (1980) A self-report borderline scale. Discriminative validity and preliminary norms. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 168 (7): 428-435.
- Conti, L. (1999) *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*. S.E.E. Società Editrice Europea di Nicodemo Maggiulli & C.

- Cottraux, J., Note, I.D., Boutitie, F., Millierey, M., Genouihlac, V., Yao, S.N. *et al.* (2009) Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder: Two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*;78:307-16.
- Crawford, M., Rutter, D., Price, K., *et al.* (2007) *Learning the Lessons: a Multi-Method Evaluation of Dedicated Community-Based Services For People With Personality Disorder*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation.
- Crawford, M.J., Price, K., Rutter, D., Moran, P., Tyrer, P., Bateman, A., Fonagy, P., Gibson S., Weaver, T. (2008) Dedicated community-based services for adult with personality disorder: Delphy study. *The British Journal of Psychiatry*; 193: 342-343.
- Daly, A.M., Llewelyn, S., McDougall, E., Chanen, A.M. (2010) Rupture resolution in cognitive analytic therapy for adolescents with borderline personality disorder. *Psychol.Psychother.*;83:273-88.
- Doering, S., Horz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C. *et al.* (2010) Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*; 196:389-95.
- DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision. Masson Elsevier, Milano 2000.
- Eizirik, M., Fonagy, P. (2009) Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Rev Bras.Psiquiatr.*;31:72-5.
- Emmelkamp, P.M.G., Kamphuis, G.H. (2009) *I disturbi di personalità*. Bologna: Il Mulino.
- Fertuck, E.A., Keilp, J., Song, I., Morris, M.C., Wilson, S.T., Brodsky, B.S. *et al.* (2012) Higher executive control and visual memory performance predict treatment completion in borderline personality disorder. *Psychother.Psychosom.*; 81:38-43.
- Feurino, L. 3rd, Silk, K.,R. (2011) State of the art in the pharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.*; Feb 13(1):69-75.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Benjamin, L.S. (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Benjamin, L.S. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Curatore edizione italiana: Mazzi F., Morosini P., De Girolamo G., Guaraldi G. (2003) Ed. O.S. Organizzazioni Speciali.
- Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M., Wallace, F. (2005) *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L., Ansoldi, M. (1998) Brief communication: Criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*; 12 (2): 172-178.
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., Barratt, E.S. (2001) Psychometric properties of an Italian version of the Barrat Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*; 57 (6): 815-828.

- Fossati, A., Maffei, C., Acquarini, E., Di Ceglie, A. (2003). Multi-group confirmatory component and factor analyses of the Italian version of the Aggression Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*; 19: 54-65.
- Gibbons, M.B.C., Crits-Christoph, P., Barber, J.P., Wiltsey, S.S., Gallop, R., Goldstein, L.A. *et al.* (2009) Unique and Common Mechanisms of Change Across Cognitive and Dynamic Psychotherapies.
- Giesen-Bloo, J., Arntz, A., Schouten, E. The Borderline Personality Disorder Checklist: psychometric evaluation and factorial structure in clinical and non-clinical samples. Submitted for publication.
- Goldman, G.A., Gregory, R.J. (2009) Preliminary relationships between adherence and outcome in dynamic deconstructive psychotherapy. *Psychotherapy*;46:480-5.
- Goldman, G.A., Gregory, R.J. (2010) Relationships between techniques and outcomes for borderline personality disorder. *Am J Psychother.*; 64:359-71.
- Golombek, H., *et al.* (1986) Personality dysfunction and behavioural disturbances in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*; 25: 697-703.
- Goodman, M., Patil, U., Steffel, L., Avedon, J., Sasso, S., Triebwasser, J., *et al.* (2010) Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*; 16: 155-63.
- Goodman, M., Roiff, T., Oakes, A.H., Paris, J. (2011) Suicidal risk and management in borderline personality disorder. *Curr. Psychiatry Rep*, 1-7.
- Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., *et al.* (2008) Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*.; 69: 533-45.
- Gratz, K.L., Roemer, L. (2004) Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*; 26 (1): 41-54.
- Gratz, K.L. (2001) Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*; 23 (4): 253-263.
- Gregory, R.J., Delucia-Deranja, E., Mogle, J.A. (2010) Dynamic deconstructive psychotherapy versus optimized community care for borderline personality disorder co-occurring with alcohol use disorders: A 30-month follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*;198:292-8.
- Grilo, C. (2008) Decorso e Outcome dei Disturbi di Personalità. In Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (eds). *Trattato dei Disturbi di Personalità*. Milano.
- Gross, J.J., John, O.P. (2003) Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*; 85 (2): 348-362.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. (2011) Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad (2011). Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre

- trastorno límite de la personalidad [Versión resumida]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad (2011) [Guía rápida: recomendaciones]. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya;
  - Grupo de trabajo sobre GPC. (2007) Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS.. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/0I.
  - Gunderson, J.G., (2003). *La personalità Borderline*. Raffaello Cortina Editore.
  - Gunderson, J.G., Kolb, J.E., Austin, V. (1981) The Diagnostic Interview for Borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, vol. 138, n. 7, pp. 896-903.
  - Gunderson, J.G. (2010). *La personalità Borderline. Una guida clinica*. Raffaello Cortina Editore.
  - Hadjipavlou, G., Ogrodniczuk, J.S. (2010) Promising psychotherapies for personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*;55:202-10.
  - Haq, S.U., Subramanyam, D., Agius, M. (2010) Assessment of self harm in an accident and emergency service- the development of a proforma to assess suicide intent and mental state in those presentino to the emergency department with self harm. *Psychiatr. Danub.*; 22 Suppl 1: S26-S32.
  - Hayakawa, M. (2009) How repeated 15-minute assertiveness training sessions reduce wrist cutting in patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*;63:41-51.
  - Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Tarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M., Mccurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*; 54: 553-578.
  - Hayward, R.S.A., Wilson, M.C., Tunis, S.R., Bass, E.B., Guyatt, G. (1995) Users' Guides to the Medical Literature. VIII. How to Use Clinical Practice Guidelines. A. Are the Recommendations Valid?, *JAMA*; 274: 570-574.
  - Helgeland, M.I. (2005) Continuities between emotional and disruptive behaviour disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *American Journal of Psychiatry*; 162: 1941-1947.
  - Hermens, M.L., van Splunteren, P.T., van Den, B.A., Verheul, R. (2011) Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatr.Serv.*; 62: 1381-3.
  - Hyler, S.E. (1994) *PDQ-4+ Personality Diagnostic Questionnaire-4+*. New York: New York State Psychiatric Institute.
  - Istituto Superiore di Sanità Agenzia Regionale Sanitaria – Marche Ministero della Salute, a cura di Pierluigi Morosini, Francesco Di Stanislao, Giorgio Casati, Massimiliano Panella: Qualità professionale e percorsi assistenziali manuali di formazione per la valutazione e il miglioramento della qualità professionale. Quarta edizione, Roma-Ancona maggio 2005

- Jacob, G.A., Gabriel, S., Roepke, S., Stoffers, J.M., Lieb, K., Lammers, C.H. (2010) Group therapy module to enhance self-esteem in patients with borderline personality disorder: a pilot study. *Int J Group Psychother.*;60:373-87.
- Jane, J.S., Pagan, J.L., Turkheimer, E., Fiedler, E.R., Oltmanns, T.F. (2006) The interrater reliability of the Structured Interview for DSM-IV Personality. *Comprehensive Psychiatry*; 47(5): 368-375.
- Kay, S.R., Wolkenfeld, F., Murrill, L.M. (1988) Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence, *Journal of Nervous and Mental Disease*; 176 (9): 539-546.
- Kasen, S. *et al.* (1999) Influence of child and adolescent psychiatric disorder on young adult personality disorder. *American Journal of Psychiatry*; 156 (10): 1529-1535.
- Kazar, A.E., Hoagwood, K., Weisz, J. R., Hood, K., Kratochwill T.R., Vargas L.A., Banez G.A. (2010) A meta-system approach to evidence-based practice for children and adolescents. *American Psychologist*; 65(2): 85-97.
- Keinanen, M.T., Johnson, J.G., Richards, E.S., Courtney, E.A. (2012) A systematic review of the evidence-based psychosocial risk factors for understanding of borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*;26:65-91.
- Kernberg, O. (1978) The diagnosis of borderline conditions in adolescence. *Adolescent Psychiatry*; 6: 298-319.
- Kernberg, P.F., Weiner, A.S., Bardenstein, K.K. (2000) *I disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti*. Giovanni Fioriti Editore.
- Klein, M.H., Benjamin, L.S., Rosenfeld, R., Treece, C., Husted, J., Greis, J.H. (1993) The Wisconsin personality disorders inventory: Development, reliability, and validity. *Journal of Personality Disorders*; 7 (4): 285-303.
- Kliem, S., Kroger, C., Kosfelder, J. (2010) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *J Consult Clin Psychol.*;78:936-51.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A., Hutschemaekers, G. (2009) Clinical problems in community mental health care for patients with severe borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal*; 45: 508-16.
- Kolla, N.J., Links, P.S., McMains, S., Streiner, D.L., Cardish, R., Cook, M. (2009) Demonstrating adherence to guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*; 54 (3): 181-189.
- Kramer, U., Berger, T., Kolly, S., Marquet, P., Preisig, M., de Roten, Y. *et al.* (2011) Effects of motive-oriented therapeutic relationship in early-phase treatment of borderline personality disorder: a pilot study of a randomized trial. *J Nerv.Ment.Dis*;199:244-50.
- Leichsenring, F. (1999) Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*; 73 (1): 45-63.
- Leichsenring, F, Masuhr, O., Jaeger, U., Dally, A., Streeck, U. (2010) The effectiveness of psychoanalytic-interactional psychotherapy in borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*;74:206-18.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A.S., Leweke, F. (2011) Borderline personality disorder. *Lancet*;377:74-84.
- Leirvag, H., Pedersen, G., Karterud, S. (2010) Long-term continuation treatment after short-term day treatment of female patients with severe personality disorders: Body awareness group therapy versus psychodynamic group therapy. *Nord.J Psychiatry*;64:115-22.

- Levi, G., Romani, M. (2006) Riflessioni teorico-cliniche intorno al Disturbo di Personalità Borderline in età evolutiva. *Infanzia e adolescenza*; 5 (1): 1-10.
- Levi, G. et al (2007) *Dalla psicopatologia dello sviluppo alla psichiatria dell'età adulta: discontinuità e continuità*. Relazione al Congresso Nazionale Sezione di Psichiatria Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.
- Levy, K.N., Beeney, J.E., Wasserman, R.H., Clarkin, J.F. (2010) Conflict begets conflict: executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in treatment of borderline personality disorder. *Psychother.Res*;20:413-22.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., Bohus, M. (2004). Borderline Personality disorder. *Lancet*; 364: 453-461
- Lieb, K., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., Stoffers, J.M.(2010) Pharmacotherapy for borderline personality disorder: *Cochrane systematic review of randomised trials*. *British Journal of Psychiatry*; Jan196(1):4-12.
- Lingiardi, V. (2001) *La personalità e i suoi disturbi*. Il Saggiatore, Milano.
- Linhean, M.M. (1993) *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: the Guilford press.
- Liotti, G. (2006) *Il nucleo del disturbo borderline: un'ipotesi integrativa*. Problemi di psicoterapia Psychomedia.
- Lobbestael, J., Arntz, A., Lobbes, A., Cima, M. (2009) A comparative study of patients and therapists' reports of schema modes. *J Behav.Ther.Exp.Psychiatry*;40:571-9.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., Arntz, A. (2011) Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*; 18 (1): 75-79.
- Lohr, K.N., Field, M.J. (1992) A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In Field M.J., Lohr K.N. (eds.), *Guidelines for clinical practice. From development to use*. Washington DC, National Academy Press.
- Loney, B.R. et al. (2007) Adolescent psychopathy features : 6-year temporal stability and the prediction of externalizing symptoms during the transition to adulthood. *Aggressive Behavior*; 33: 242-252.
- Lora, A. (2009) An overview of the mental health system in Italy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 45 (1): 5-16.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Regier, D.A. (1994) The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*; 51 (3): 215-224.
- Lorillard, S., Schmitt, L., Andreoli, A. (2011) How to treat suicide attempt? Part 2: A review of treatments and their efficiency among borderline personality disorder patients. *Ann.Med.-Psychol.*; 169:229-36.
- Lothane, Z. (2011) The partnership of psychoanalysis and psychiatry in the treatment of psychosis and borderline states: its evolution in North America. *J Am Acad.Psychoanal.Dyn.Psychiatry*;39:499-523.
- Madeddu, F., Prunai, A., Ribaldi, S. (2005) La valutazione della gravità nel disturbo borderline di personalità: la versione italiana del Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI). *Medicina Psicosomatica*; 50: 25-32.
- Marcinko, D., Bilic, V., Pivac, N., Tentor, B., Franic, T., Loncar, M. et al. (2011) Serum cholesterol concentration and structured individual psychoanalytic psychotherapy in suicidal

- and non-suicidal male patients suffering from borderline personality disorder. *Coll.Antropol.*; 35 Suppl 1:219-23.
- Margari, F., Matarazzo, R., Cassacchia, M., Roncone, R., Dieci, M., Safran, S., Fiori, G., Simoni, L. (2005) Italian validation of MOAS and NOSIE: A useful package for psychiatric assessment and monitoring of aggressive behaviours. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 14, n. 2, pp. 109-118.
  - Maffei, C. (2008) *Borderline. Struttura, categoria, dimensione*. Raffaello Cortina Editore.
  - Marlowe, M.J., O'Neill-Byrne, K., Lowe-Ponsford, F., Watson, J.P. (1996) The Borderline Syndrome Index: A validation study using the personality assessment schedule. *British Journal of Psychiatry*; 168: 72-75.
  - McHugh, R. K., Barlow, D.H (2010) The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatment: A review of current efforts. *American Psychologist*; 65(2): 73-84.
  - McMurrin, M., Huband, N., Overton, E. (2010) Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*;30:277-87.
  - Meier, W., Lichtermann, D., Klinger, T., Heun, R., Hallmayer, J. (1992) Prevalence of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders*; 6:187-196.
  - Millon, T., Davis, R., Millon, C. (1994) Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual. Minneapolis, MN: National Computer System.
  - Millon, T., Davis, R., Millon, C. (1997) Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual (2<sup>nd</sup> ed). Minneapolis, MN: National Computer System.
  - Nadort, M., Arntz, A., Smith, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P. et al. (2009) Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorders with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behav. Res Ther.*, 47: 961-73.
  - National Collaborating Centre for Mental Health. *Borderline Personality Disorder: treatment and management*. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.
  - National Collaborating Centre for Mental Health. *Understanding NICE guidance. Information for people who use NHS services. Borderline personality disorder*. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.
  - Novelletto, A., Masina, E. a cura di (2003) *I disturbi di personalità in adolescenza (borderline, antisociali, psicotici)*. Franco Angeli Editore
  - O'Brien, G., (2006) Young adults with learning disabilities: a study of psychosocial functioning at transition to adult services. *Developmental Medicine and Child Neurology*; 48: 195-199.
  - Ogrodniczuk, J.S., Kealy, D., Howell-Jones, G. (2009) A view from the trenches: A survey of Canadian clinicians' perspectives regarding the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*;15:449-53.
  - Oldham, J.M., Skodol, A.E., Bender, D.S. (2008) *Trattato dei Disturbi di Personalità*. Raffaello Cortina Editore.
  - Oldham, J.M. (2005) Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Focus*; 3: 396-400.
  - Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., Grann, M., Von Knorring, L., Kullgren, G., Lindström, E., Söderberg, S. (1998) DSM-IV and ICD-10 personality disorders: A

- comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *European Psychiatry*; 13 (5): 246-253.
- Palacio Espansa, F., Dufour, R. (1996) *La diagnosi strutturale in età evolutiva*. Masson Editore, Milano.
  - Palmstierna, T., Wistedt, B. (1987) Staff observation aggression scale, SOAS: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 76 (6): 657-663.
  - Paris, J., Zweig-Frank, H. (2001) A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*; 42: 482-7.
  - Paris, J. (2010) Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*; 12:56-60.
  - Pascual, J.C., Martín-Blanco, A., Soler, J., Ferrer, A., Tiana, T., Alvarez, E., Pérez, V. (2010) A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. *Int Clin Psychopharmacol*; Nov 25(6):349-55.
  - Pasieczny, N., Connor, J. (2011) The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*; 49:4-10.
  - Pazzagli, A., Pallanti, S. (1999) Il problema dei disturbi di personalità. In: G.B. Cassano e P. Pancheri a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson Editore, Milano.
  - Pearson, S.D., Goulart-Fisher, D., Lee, T.H. (1995) Critical Pathways as a Strategy for Improving Care: Problems and Potential. *Annals of Internal Medicine*; 123(12):941-948.
  - Perez, V., Pascual, J.C., Soler, J., Tiana, T., Cortes, A., Baiget, M. *et al.* (2010) Psychotherapy genetics. Do genes influence psychotherapy adherence? *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*; 3:68-71.
  - Perroud, N., Uher, R., Dieben, K., Nicastro, R., Huguelet, P. (2010) Predictors of response and drop-out during intensive dialectical behavior therapy. *J Pers.Disord.*; 24:634-50.
  - Perry, J.C. (1983) *The Borderline Personality Disorder Scale (BPD-Scale)*. Cambridge Hospital, Cambridge, MA.
  - Pfohl, B., Blum, N., Zimmerman, M. (1995) *Structured Interview For DSM-IV Personality SIDP-IV*. American Psychiatric Press, Inc.
  - Pope, H.G., Jonas, J.M., Hudson, J.L., Cohen, B.M., Gunderson, J.G. (1983) The Validity of DM III borderline personality disorder. A phenomenological, family history, treatment respons, and long term follow up study. *Archives of General Psychiatry*; 40:23-30.
  - Poynter, B.A., Hunter, J.J., Coverdale, J.H., Kempinsky, C.A. (2011) Hard to swallow: A systematic review of deliberate foreign body ingestion. *Gen. Hosp. Psychiatry*; 33: 518-24.
  - Prunai, A., Sarno, I., Capizzi, S., Madeddu, F. (2006) La versione italiana della Borderline Personality Disorder Check-list. *Minerva Psichiatrica*; 47: 143-154.
  - Regione Emilia Romagna, Bollettino Ufficiale. Deliberazioni della Giunta Regionale, n. 313 del 23/3/2009: Piano attuativo Salute Mentale 2009 – 2011.
  - Reich, J., Yates, W., Nduaguba, M. (1989) Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 24:12-6
  - Richards, M., Vostanis, P. (2004) Interprofessional perspectives on transitional mental health services for young people aged 16-19 years. *Journal of Interprofessional Care*; 18: 115-128.
  - Riley, K.C. (1988) Measurement of dissociation, *Journal of Nervous and Mental Disease*; 176 (7): 449-450.
  - Robson, K. (1983) *The borderline child*. McGraw Hill, New York.

- Ross, C.A., Heber, S., Norton, G.R., Anderson, G., Barchet, P. (1989) *Dissociation*, vol. 2, pp. 169-189.
- Ruocco, A.C., Medaglia, J.D., Tinker, J.R., Ayaz, H., Forman, E.M., Newman, C.F. *et al.* (2010) Medial prefrontal cortex hyperactivation during social exclusion in borderline personality disorder. *Psychiatry Research – Neuroimaging*; 181:233-6.
- Sansone, R.A., Farukhi, S., Wiederman, M.W. (2011) Utilization of primary care physicians in borderline personality 181. *General Hospital Psychiatry*; 33: 343-6.
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W., Sansone, L.A. (1998) The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*; 54 (7): 973-983.
- Sanza, M., Asioli, F., Ferrannini, L. (2010) *Disturbo Borderline di personalità: continuità e discontinuità nel trattamento*. Milano: Centro Scientifico Editore. Edi.Ermes
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C., Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*, pp. 125-154. Washington, DC: American Psychological Association.
- Satterfield, J.H. *et al.* (2007) A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: adult criminality. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; May 46 (5): 601-610.
- SCIE Social care institute for excellence – Children’s and families’ services Guide 44 – Mental Health service transition for young people – November 2011
- Schmahl, C., Kleindienst, N., Limberger, M., Ludascher, P., Mauchnik, J., Deibler, P., Brunen, S., Hiemke, C., Lieb, K., Herpertz, S., Reicherzer, M., Berger, M., Bohus, M. (2012) Evaluation of naltrexone for dissociative symptoms in borderline personality disorder. *International Clinical Psychopharmacology*; 27:61–68
- Schotte, C.K.W., De Doncker, D., Vankerckhoven, C., Vertommen, H., Cosyns, P. (1998) Self-report assessment of the DSM-IV personality disorders, measurement of trait and distress characteristics: The ADP-IV. *Psychological Medicine*; 28 (5): 1179-1188.
- Sentissi, O., Bartolomei, J., Baeriswyl-Cottin, R., Neu, D., Rey-Bellet, P. (2011) Crisis intervention: A retrospective study of 493 patients. *Eur.Neuropsychopharmacol.* 21:S617-S618.
- Shedler, J., Westen, D. (1998) Refining the Measurement of Axis II: A Q-sort Procedure for Assessing Personality Pathology. *Assessment*; 5 (4): 333-353.
- Siegel, J.M. (1986) The Multidimensional Anger Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*; 51 (1): 191-200.
- Sighinolfi, C., Pala, A.N., Chiri, L.R., Marchetti, I., Sica, C. (2010) Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): The Italian translation and adaptation. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*; 16 (2): 141-170.
- Simeon, D., Bartz, J., Hamilton, H., Crystal, S., Braun, A., Ketay, S., Hollander, E. (2011) Oxytocin administration attenuates stress reactivity in borderline personality disorder: A pilot study. *Psychoneuroendocrinology*; 36: 1418-1421.
- Singh, P. (2009) Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Current Opinion in Psychiatry*; 22 (4): 386-390.
- Singh, S.P., Paul, M., Ford, T., Kramer, T., Weaver, T., McLaren, S. *et al.* (2010) Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: Multiperspective study. *British Journal of Psychiatry*; 197: 305-312.

- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., McGlashan, T.H., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Bender, D.S., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., Yen, S., Pagano, M.E., Stout, R.L. (2005) The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of Personality Disorders*;19:487-504.
- Soeteman, D.I., Verheul, R., Delimon, J., Meerman, A.M.M.A., Van Den, E.E., Rossum, B.V. *et al.* (2010) Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster B personality disorders. *British Journal of Psychiatry*; 196:396-403.
- Soler, J., Pascual, J.C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M.J. *et al.* (2009) Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*;47:353-8.
- Soloff, P.H. (1981) Pharmacotherapy of borderline disorders. *Compr Psychiatry*; 22:535-543.
- Sorgi, P., Ratey, J., Knoedler, D.W., Markert, R.J., Reichman, M. (1991) Rating aggression in the clinical setting. A retrospective adaptation of the Overt Aggression Scale: preliminary results. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*; 3 (2): 52-56.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G.A., Russel, S.F., Crance, R.S. (1987) Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. In Butcher JN, Spielberger CD (Eds): *Advances in Personality Assessment*, vol. 2, pp. 161-189. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- Spielberger, C.D. (1999) *Staxi-2: The State Trait Anger Expression Inventory Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Steinert, T., Tschoke, S., Uhlmann, C. (2010) Management of deliberate self-harm, suicidal tendency, and manipulative suicidal tendency during in-patient treatment of patients with borderline personality disorder. *Nervenheilkunde*;29:565-70.
- Stoffers, J., Völlm, B.A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., Lieb, K. (2010) Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd
- Stone, M.H. (1993) Long-term outcome in personality disorders. *British Journal of Psychiatry*; 162:299-313.
- Stone, M.H. (2009) Perspective: Pitfalls in the psychotherapy of borderline personality or the triumph of faith over fact. *Journal of Personality Disorders*;23:3-5.
- Suliman, S., Stein, D.J., Williams, D.R., Seedat, S. (2008) DSM-IV personality disorders and their axis I correlates in the South African population. *Psychopathology*; 41:356-64.
- Sweet, A.D. (2011) Elements of psychotherapeutic assessment and treatment with structured and under-structured personalities. *British Journal of Psychotherapy*; 27:4-18.
- The transition into adult care. *Psychiatry (GBR)* 2008;7:399-402
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*; 58:590-6.
- Transitions care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): A study of protocols in greater London, P.Singh, BMC Health Services Research, 23/6/2008
- Transition from CAMS to Adult Mental Health Services (TRACK): a study of service organization – Report for the National Institute of Health – January 2010.
- Transition Protocol from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services – Plymouth NHS – Publication Date 15/1/2010.

- Transition protocol: child and adolescent mental health services to adult mental health services – Cambridgeshire and Peterborough NHS – 2008 – Review 2010.
- Vaiva, G., Jardon, V., Vaillant, A., Ducrocq, F. (2011) What can we do to prevent the suicide re-attempts? *Rev.Prat.*;61:202-7.
- Van Staveren, R.(2011) Patient-centered communication during a borderline crisis. *Huisarts Wet.*; 54:441-3.
- Venturini, A., Andreoli, A., Frambati, L., Lorillard, S., Burnand, Y., Ohlendorf, P. (2011) Borderline personality disorder is easy to treat: are we ready to accept this good news?. *Rev Med Suisse*;7:390-4.
- Vostanis, P. (2005) Patients as parents and young people approaching adulthood: How should we manage the interface between mental health services for young people and adults? *Current Opinion in Psychiatry*; 18: 449-54.
- Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M.J., Schechter, M., Maltzberger, J.T. (2011) Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*;13:60-8.
- Western, D., Shedler, J., (1999) Revising and assessing axis II, part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*; 156 (2): 258-272.
- Westen, D., Shedler, J., Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano, Italy: Raffaello Cortina Editore.
- Widiger, T.A., Lowe, J.R. (2008) A dimensional model for personality disorders: a proposal for DSM V. *Psychiatric Clinics of North America*; 31 (3): 363-378.
- Williams, K.E., Chambless, D.L., Ahrens, A. (1997) Are emotions frightening? An extension of the fear of fear construct. *Behaviour Research and Therapy*; 35 (3): 239-248
- Wong, M.T. (2005) Low hospital inpatient readmission rate in patients with borderline personality disorder: a naturalistic study at Southern Health, Victoria, Australia. *Aust. N.Z.J. Psychiatry*; 39: 607-611.
- Woolf, S.H. (1990) Practices Guidelines: a new reality in medicine. Recent developments. *Archives of Internal Medicine*; 150(9):1811-8.
- Woollaston, K., Hixenbaugh, P. (2008) Destructive Whirlwind’: nurses’ perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *J. Psychiatr Ment Health Nurs.*;15(9):703-9.
- Working at the CAMH/Adult interface: good practice guidance for the provision of psychiatric services to adolescents/young adults. Royal College Psychiatrist 2008 Lamb C –
- Yudofsky, S.C., Silver, J.M. *et al.* (1986) The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggressions. *American Journal of Psychiatry*; 143: 35.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R., Chauncey, D.L. (1989) The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*; 3 (1): 10-18.
- Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L.C., Grilo, C.M., Shea, M.T., McGlashan, T.H., Gunderson, J.G. (2000) The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*; 14 (4): 291-299.
- Zanarini, M.C., Ruser, T., Frankenburg, F.R., Hennen, J. (2000b) The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*; 41 (3): 223-227.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Silk, K.R. (2003) The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*;160:274-83.

- Zanarini, M.C. (2003) Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*; 17 (3): 233-242.
- Zanarini, M.C., Vujanovic, A.A., Parachini, E.A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R., Hennen, J. (2003b) A screening measure for BPD: The Mclean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*; 17 (6): 568-573.
- Zanarini, M.C. (2009) Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*;120:373-7
- Zanarini, M.C., Schulz, S.C., Detke, H.C., Tanaka, Y., Zhao, F., Lin, D., Deberdt, W., Kryzhanovskaya, L., Corya, S. (2011) A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: a 12-week randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*; 72(10): 1353-1362
- Zimmerman, M., Coryell, W. (1989) DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Archives of General Psychiatry*;46:682-9.
- Zimmerman, M. (1994) Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*; 51 (3): 225-245.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., Martinez, J. (2012) Does the presence of one feature of borderline personality disorder have clinical significance? Implications for dimensional ratings of personality disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*; 73 (1): 8-12.

