



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXIX • n. 2 • luglio-dicembre

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le
opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter
attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

IN PRIMO PIANO

- 3** L'indifferenza
di Giannelli A.
- 9** La legge regionale in materia di salute mentale
di Cerati G.
- 12** La Legge di Riforma relativa alla salute mentale
Un'esperienza ricca di sorprese
di Cetti C.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

- 16** Proposta di Algoritmo per la scelta del trattamento con antipsicotico in acuto e nel lungo termine nella patologia Schizofrenica
di Cerveri G., Mencacci C.
- 24** Il modello multifamiliare e la metafora lavoro
Identità sociale e costanza percettiva del sé nelle relazioni complesse, una prospettiva evolutiva e prognostica
di Borgogno F.V., Pismataro C.P.
- 31** Utilizzo della Cannabis
Stato dell'arte su un campione di soggetti afferenti all'area metropolitana milanese
di Cucchi M., Migliarese G., Ali S., Cerveri G., Clerici M., Mencacci C.

- 39** La Comunità socio educativa residenziale (Co.s.e.r.) di Force e la Residenza Protetta di Comunanza
Il rapporto tra ospiti delle strutture e cittadinanza e le prime necessità emergenti dopo il sisma
di Damiani T., Talamonti Rea S., Passalacqua A., Petrini V., Mazzaroni C., Giaccio P., Iachini S., Satulli M.C., Iachini M.G., Baldassarri C., Tešla V., Valentini V., Gianni D., Addis A., Guidotti R., Picciotti G., Galie V., Acciaroli T., Alesiani R., Nicolai D., Caucci C., Travagliani D., Pucci A., Gaspari M.

- 43** Conseguenze psicologiche e sociali dei terremoti nell'Italia centrale
Esperienza nell'Ambito Territoriale Sociale XXIV della Regione Marche al primo novembre 2016
di Damiani T.

- 47** Diagnosi e trattamento di un caso di psicosi puerperale con sintomi schizofrenici e mancato suicidio-infanticidio
di Grecchi A., Beraldo S., Marzolini M., Mattavelli S., Biffi G.

- 54** Un modello di prevenzione e cura dei disturbi psichici gravi in età giovanile (15-24 anni)
di Percudani M., Parabiaghi A., D'Avanzo B., Bassi M., Cardamone G., Costantino A., Lora A., Maranesi T., Vaggi M., Gruppo di Lavoro Progetto CCM 2013

- 66** Coinvolgimento e interventi con familiari e carers di pazienti con disturbo borderline di personalità
di Porcellana M., Morganti C., Saverino F., Carigi T., Rossi G.

PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'importanza della cartella clinica
di Mantovani R.

IN COPERTINA: *Recumbent Figure*

Henry Moore, 1938

© The Henry Moore Foundation. All Rights Reserved

Coinvolgimento e interventi con familiari e carers di pazienti con disturbo borderline di personalità

Matteo Porcellana¹, Carla Morganti¹,
Florinda Saverino¹, Tiziana Carigi², Giorgio Rossi²

L'individuo che soffre di disturbi psichiatrici, sia lievi sia gravi, vive e ha continui interscambi con un ambiente, micro- o macrosociale, in grado di slatentizzare e rendere acuto il suo disagio o di contenerlo e ridurlo.

La famiglia del paziente costituisce la struttura relazionale privilegiata in cui il soggetto portatore di disagio si trova implicato ed il luogo in cui il disturbo stesso si manifesta più intensamente, comportando un ingente carico emotivo per i familiari. A volte è richiesto un intervento psichiatrico d'urgenza non tanto per la gravità della situazione psicopatologica manifestata dall'individuo, quanto per l'assenza o la mancanza di consistenza del tessuto familiare e sociale circostante il soggetto. Tali richieste derivano dalla rottura della tolleranza e dell'accettazione del disturbo mentale da parte dell'ambiente familiare, indice di una grave rottura dell'equilibrio relazionale con richieste a forte valenza espulsiva o punitiva nei confronti della persona sofferente.

Di fatto, la famiglia è nella vita del paziente una presenza ineluttabile ed irrinunciabile sia nel bene che nel male. Ineluttabile perché l'appartenenza al gruppo naturale in cui si nasce è un dato che fa parte dell'umana esistenza; irrinunciabile perché è molto spesso la famiglia che si occupa dell'assistenza e delle cure.

Se si vuole assumere un approccio integrato bio-psico-sociale, sia nel percorso diagnostico che nella cura del disturbo psichiatrico, è dunque fondamentale considerare la famiglia del paziente poiché le cure individuali necessarie al contenimento della malattia, siano esse farmacologiche o psicoterapeutiche, possono essere

potenziate o vanificate dall'ambiente in cui il soggetto vive (Bressi et al., 2012).

Sappiamo che il paziente affetto da Disturbo borderline (DB) presenta una forte instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e nell'espressione degli affetti, spesso marcate da una grave impulsività ed un cronico sentimento di vuoto. Sovente i pazienti ritengono "gli altri" la causa delle loro difficoltà e le relazioni caotiche e problematiche che instaurano oscillano tra la dipendenza e l'ostilità: da una parte hanno paura di essere annichiliti nelle relazioni intime, dall'altra provano un'angoscia panica al pensiero di essere abbandonati. Cercano quindi di stabilire delle relazioni esclusive in cui non sia possibile il rischio di abbandono ma una volta raggiunta l'intimità sono permeati da un conflitto ambivalente: da una parte temono di essere fagocitati dall'altro e di perdere la propria identità in una primitiva fantasia di fusione; dall'altra provano un'angoscia panica di essere abbandonati. Per prevenire tale abbandono fantastico possono agire atti autolesivi al fine di richiamare l'altro a sé per essere salvati. Nel tentativo di manipolare gli altri, possono al contrario ottenerne l'allontanamento e, privati dell'attenzione e rassicurazione che cercano, sperimentare un profondo senso di frustrazione a cui possono rispondere con rabbia ed atti impulsivi, talvolta distruttivi (Bressi et al., 2012).

Sul piano psico-evolutivo, secondo Kernberg (1997), i pazienti superano la fase simbiotica, ma si fessano alla fase di separazione-individuazione. Il nodo psicomotivo potrebbe risiedere in un disturbo emozionale della madre durante la fase di riavvicinamento, o per un accesso di aggressività costituzionale del bambino o per difficoltà materne della funzione genitoriale; ne deriva la mancanza di costanza d'oggetto: questi pazienti sono incapaci di integrare gli aspetti buoni e cattivi di se stessi e della loro madre. Attraverso la scissione, sia la madre sia il Sé sono vissuti come oscillanti tra l'essere interamente buoni ed interamente cattivi. Ci saranno momenti in cui il soggetto si sentirà buono e circondato da persone

benevole alternati a momenti in cui egli si sentirà privo di ogni valore tendendo a percepire chi gli sta vicino come cattivo e malevolo e pronto ad abbandonarlo.

I bambini, circa a tre anni, interiorizzano un'immagine materna unitaria e supportiva, in grado di sostenerli anche quando è assente: mancando questa immagine interna presentano una costanza d'oggetto scarsa o assente con intolleranza alla separazione.

Secondo Gerard Adler (1985) una funzione materna inconsistente o insufficiente è causa dell'incapacità del borderline di sviluppare un oggetto interno "contenente-confortante": da ciò derivano sentimenti di vuoto, tendenze depressive e dipendenza adesiva. Nell'assenza di risposte idonee da parte di persone significative, i pazienti vanno soggetti alla frammentazione del Sé con senso di vuoto e panico di annichilimento.

Con queste premesse teoriche, abbiamo cercato gli studi sperimentali presenti in letteratura, notando fin dall'inizio che non esistono ad oggi revisioni sistematiche che dimostrino l'efficacia degli interventi familiari nel paziente borderline.

La maggioranza degli studi sono infatti descrittivi, osservazionali o poco generalizzabili per limitazioni metodologiche e scarsa numerosità del campione.

Uno studio di Feldman e Guttman (1984) descrive le famiglie dei pazienti borderline distinguendo genitori *alessitimici* — incapaci di capire empaticamente il bambino nei suoi bisogni e sentimenti — e genitori *borderline* che usano il bambino come oggetto di proiezioni della loro realtà distorta.

Goldstein (1990) parla di famiglie invischiate, espulsive e idelizzanti/denigratorie. Obiettivo terapeutico dovrebbe essere insegnare ai diversi componenti il valore di una comunicazione efficace dei bisogni fondamentali, per poi cercare forme d'accordo basate sulla negoziazione.

Villeneuve e Roux (1995) descrivono come dovrebbe essere il curante della famiglia di un soggetto borderline: coraggioso, paziente, ottimista, pronto a scontrarsi con persone considerate "intrattabili". L'approccio deve essere

flessibile e psicodinamicamente orientato. La terapia della famiglia si configura comunque come un viaggio pieno di dolore, incertezze e meraviglia sia per la famiglia che per il terapeuta.

Gunderson et al. (1997) ricordano le caratteristiche del disturbo borderline (DB) in termini di deficits: discontrollo degli affetti e degli impulsi, pensiero dicotomico, utilizzo di meccanismi di difesa come la scissione, intolleranza alla solitudine. La psicopatologia della famiglia viene spesso negata, mentre sono comuni i conflitti, la rabbia e l'alta frequenza di esperienze traumatiche (75%). Nonostante un'alta percentuale di drop-out, capita spesso che la terapia della famiglia sia vista dai pazienti come un'occasione per parlare finalmente coi propri genitori, costretti ad ascoltarli dalle "regole" setting terapeutico. Sostenitori di un approccio psico-educazionale, gli autori considerano quale problema principale la difficoltà di comunicazione per cui distinguono 2 fasi di intervento: una di valutazione ed una di trattamento multi-familiare.

Il modello psico-educativo, già dimostrato efficace per schizofrenia, disturbo bipolare e depressione maggiore, è certo il più studiato anche per i familiari di pazienti borderline, soprattutto perché facilmente definibile in termini operativi e misurabile oggettivamente a livello sperimentale (in *Tabella 1* sono riassunti i principali modelli manualizzati).

Come variabile di *outcome*, diversi studi citano il costrutto dell'Emotività Espressa (EE) precisando tuttavia che nel disturbo borderline, contrariamente a quanto dimostrato per la schizofrenia, l'Ipercoinvolgimento Emotivo (EOI) esercita un effetto positivo sul paziente che, bisognoso di costanti conferme e rassicurazioni, troverà beneficio dal coinvolgimento della famiglia (Hooley e Hoffman, 1999).

Decisamente scarsi i dati d'efficacia sulle terapie ad orientamento analitico, tra cui possiamo citare uno studio preliminare di Marcinko e Bilic (2010) condotto su 30 pazienti femmine, in comorbilità con disturbi alimentari e reclutate alla Clinica Psichiatrica dell'Università

Tabella 1 – Terapie manualizzate psico-educative

Autore	Caratteristiche
Gunderson et al. (1997)	Le principali difficoltà avvertite dai familiari riguardano: comunicazione, rabbia, suicidalità. È prevista una fase di valutazione seguita da una terapia multifamiliare di gruppo (4-7 famiglie) con lo scopo di sviluppare tecniche di problem-solving
Hoffman et al. (1999) DBT-family skills training	Modello della DBT, importanza di educazione, sviluppo di capacità, e cambiamenti ambientali. Terapia di gruppo settimanale per 6 mesi; ogni seduta prevede una fase didattica ed una seconda di applicazione pratica dei concetti.
Hoffman et al. (2005) Family Connections program	Modello della DBT, intervento multi-familiare di 12 settimane con i seguenti obiettivi: fornire informazioni aggiornate sul disturbo borderline, sviluppare le capacità di coping, dare l'opportunità di costituire una rete di supporto per i familiari
Fruzzetti (2006)	Modello variabile. DBT con coppie e famiglie; informazione e gestione dei comportamenti suicidari, aggressivi e dell'uso di sostanze.

DBT=Dialectical Behavior therapy

di Zagabria. I 15 casi hanno ricevuto farmacoterapia, terapia individuale e terapia familiare orientata psicodinamicamente, i 15 controlli soltanto farmacoterapia e terapia individuale. I risultati, limitati dalla scarsa numerosità del campione, hanno evidenziato tra le pazienti trattate anche con terapia familiare minori livelli di depressione e suicidalità (valutate rispettivamente con *Beck Depression Inventory* e *SUAS*).

Rispetto alle Linee Guida internazionali, l'utilità dell'approccio psico-educazionale, seppur sostenuto da dati limitati, è confermato nelle linee guida dell'APA (2001).

Gli obiettivi saranno: aumentare la consapevolezza del disturbo, migliorare le relazioni tra il paziente ed i membri della famiglia ed il funzionamento familiare in generale.

Gli studi di letteratura citati sono costituiti da case reports e dal manuale di John Gunderson (2001) che ha dimostrato l'efficacia del modello psico-educativo nel migliorare la comunicazione e ridurre il carico emotivo e la conflittualità familiare.

La linea guida NICE (2009) ha coinvolto i familiari nel gruppo di lavoro dedicando un intero capitolo alla loro esperienza ed, in sintesi, viene suggerito – previo consenso del paziente - di: incoraggiare familiari e caregivers a partecipare al programma terapeutico, garantire la possibilità di accesso dei familiari ai Servizi, informare i familiari riguardo all'esistenza di gruppi locali di supporto

Vengono quindi citati quattro studi, di cui soltanto due considerati "rilevanti", aventi come oggetto il *Family Connections program (FC)*, un modello manualizzato educativo di gruppo a 12-settimane fortemente influenzato dai principi della *Dialectical Behavior Therapy (DBT)*. Il Programma riconosce essenzialmente 3 obiettivi fondamentali (educazione/informazione, sviluppo delle capacità individuali e familiari, supporto sociale) ed in ogni gruppo è possibile distinguere una componente didattica, pratica, di discussione e di supporto (Hoffman et al., 2005; 2007).

Nel primo studio (Hoffman et al., 2005) i 44 partecipanti (34 famiglie) sono stati valutati prima del trattamento, alla conclusione e ad un follow-up di 6 mesi

mediante la somministrazione di *Burden Assessment Scale and Perceived Burden Scale, Revised Centre for Epidemiological Studies Depression Scale, GriefScale, Mastery Scale* con l'evidenza di una riduzione del carico emotivo, del dolore percepito e della capacità di controllo. I risultati, mantenuti al follow-up, non hanno mostrato differenze rispetto alla variabile depressione. Le stesse conclusioni sono emerse nella replicazione successiva dello studio con 55 soggetti (Hoffman et al., 2007) seguiti con un follow-up di 3 mesi.

È curioso sottolineare che gli stessi autori in uno studio precedente (Hoffman et al., 2003) avevano evidenziato che la sola conoscenza del DB aumentava il carico emotivo ed i livelli di distress, depressione ed ostilità in 32 familiari di pazienti borderline, suggerendo che la sola consapevolezza del disturbo non fosse terapeutica, ma addirittura negativa.

Ancora rispetto alla DBT di gruppo, uno studio esplorativo più recente di Regalado et al. (2011) ne ha evidenziato l'efficacia su un campione di 42 familiari con riduzione del carico emotivo e dei sintomi somatici e psicologici.

Visti i dati sperimentali, è utile ricordare alcune premesse teoriche della DBT.

La realtà è concepita come un sistema complesso di forze interne in continuo cambiamento; l'analisi di una componente del sistema, quindi, ha un valore limitato se non si considera la relazione tra la parte ed il sistema in toto. Come ribadito più volte, l'aspetto caratteristico dei pazienti con disturbo borderline è l'instabilità affettiva che li pervade. Secondo la teoria biosociale, questa instabilità è determinata dall'integrazione di una "vulnerabilità emozionale" e di una "invalidità ambientale"; dalla relazione, quindi, di componenti biologiche, individuali ed ambientali. I pazienti percepiscono una marcata sofferenza soggettiva e le loro famiglie vivono un'esperienza altrettanto dolorosa. Sempre i familiari sono portatori di una loro "idea" della patologia del congiunto e metteranno in atto delle proprie tecniche

terapeutiche. Se vogliamo davvero che diventino alleati e compagni di terapia è essenziale prendere in considerazione queste idee. Sia i pazienti che i membri della famiglia richiedono, infatti, molte conferme durante il trattamento, soprattutto all'inizio, quando si sta formando l'alleanza terapeutica. Stabilita l'alleanza, la Terapia si proporrà di: diminuire gli aspetti familiari negativi (conflitti, violenze, mancanza di considerazione, psicopatologia dei familiari), migliorare le loro capacità comunicative e capacità di riconoscere ed esprimere le emozioni; aumentare i fattori positivi (calore affettivo, stabilità familiare, motivazione, coesione, adattabilità); migliorare la qualità dei rapporti interpersonali.

Le Linee guida australiane (2012), pur ribadendo che non ci sono dati sufficienti evidence-based che dimostrano l'efficacia degli interventi su familiari e carers, affermano che la famiglia ha un ruolo molto importante nella recovery del paziente e concludono con 6 raccomandazioni:

Familiari, coniugi e carers di pazienti con disturbo borderline di personalità (DBP) dovrebbero essere inviati ai Servizi di supporto o a programmi di psicoeducazione, dove disponibili,

- ricevere adeguate informazioni sul DBP,
- essere coinvolti nella gestione di un "piano crisi" - se possibile - con il consenso del paziente,
- essere informati sulla gestione dei tentativi suicidari e dei comportamenti auto-lesivi,
- essere consigliati sulle modalità relazionali da attuare con i pazienti (mostrando quindi empatia e non atteggiamenti giudicanti, incoraggiandoli all'indipendenza ed a prendere le proprie decisioni, limitandosi ad intervenire soltanto in caso di necessità; ascoltarli quando esprimono preoccupazioni e problemi),
- nel discutere di eventi traumatici, come abusi o violenze, gli operatori dovrebbero minimizzare gli aspetti stigmatizzanti ed i vissuti di colpa e vergogna

Oltre alle Linee guida internazionali, possiamo citare alcune importanti indicazioni italiane.

Le Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi

Gravi di Personalità delle Regione Emilia Romagna (2003) confermano la necessità di coinvolgimento dei familiari e riconoscono specifici fattori locali facilitanti:

- collaborazione con le associazioni di familiari,
- servizi di prossimità in collaborazione con le associazioni dei familiari,
- percorsi per famiglie problematiche,
- accessi dedicati per familiari con dipendenze patologiche.

In linea con il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24.01.2013, è stata poi elaborata una Proposta di accordo Stato-Regioni sulla definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, dell'umore e gravi di personalità (2014).

Lo strumento di definizione del piano di cura resta il Contratto Terapeutico, la cui stesura prevede la partecipazione attiva dei familiari. Verranno stabiliti gli obiettivi del trattamento e gli specifici steps intermedi, le competenze richieste alla famiglia del paziente e, come indicatore, si valuterà l'intensità dell'assistenza territoriale rivolta ai familiari, ovvero la percentuale di pazienti i cui familiari ricevono più di 2 interventi specifici (colloqui, psicoterapia familiare, gruppi di familiari, interventi di carattere psicoeducativo).

In sintesi, nonostante non vi siano ad oggi sufficienti dati evidence-based a dimostrare l'efficacia degli interventi familiari nel paziente borderline, le Linee guida internazionali concordano sull'utilità del coinvolgimento di familiari e carers nel programma terapeutico.

In particolare, l'approccio psico-educativo è certo il più consigliato e diffuso con la presenza in letteratura di diversi modelli manualizzati, soprattutto a carattere grupppale.

COINVOLGIMENTO E INTERVENTI CON I FAMILIARI IN ETÀ EVOLUTIVA

Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento degli

adolescenti è mandatorio in ogni campo della psicopatologia. I disturbi di personalità non fanno eccezione rispetto alla necessità di seguire i familiari, oltre al paziente, e il ruolo del trattamento della famiglia degli adolescenti borderline è da considerarsi cruciale (NICE, 2009).

Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento ha un valore doppio perché, se da un lato, problemi all'interno della famiglia (relazionali, psicopatologici, sociali ecc.), sia pregressi sia attuali, assumono rilevanza nello sviluppo e/o nel mantenimento dei problemi dei figli, dall'altro, l'impatto che i sintomi del disturbo borderline in un adolescente possono avere sulla famiglia è considerevole, implicando ulteriore fatica nei genitori e la persistenza di pattern disadattivi che finiscono col sostenere i comportamenti borderline nel tempo. Particolarmente condizionata dal disturbo del figlio risulta, nei genitori, la salute emotiva. In particolare, i sintomi correlati con l'intensità dell'impatto sui genitori, di un campione di 233 ragazze con BPD, sono risultati rappresentati da comportamenti di acting out, distruzione di proprietà, cedimenti dell'esame di realtà (Goodman et al., 2010).

Sulla scorta dell'impatto biunivoco tra sintomi del paziente borderline e pattern familiari disadattivi, in una prospettiva terapeutica, il tentativo di modificare i comportamenti disfunzionali senza agire contemporaneamente sui fattori familiari e viceversa ha scarse probabilità di essere efficace.

Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento ha, pertanto, diverse indicazioni.

Innanzitutto, la famiglia rappresenta un valido alleato come fonte di informazioni. In una prima fase, i colloqui con i genitori forniscono al terapeuta informazioni sulla modalità relazionale dei pazienti e permettono di focalizzare gli interventi.

I genitori possono, poi, svolgere un ruolo essenziale nella gestione di un adolescente con BPD, sostenendoli nell'utilizzo delle competenze imparate in terapia o utilizzandole loro ed imparando a modificare la modalità di risposta ai comportamenti patologici dei ragazzi.

Partendo da questo presupposto, i genitori dovrebbero essere sentiti come partner, piuttosto che come oggetti del trattamento (Miller et al., 2007).

All'interno di un'ottica in cui i genitori siano parte integrante del trattamento, innanzi tutto come alleati, fondamentale diventa il riconoscimento, da parte del terapeuta, della sofferenza dei genitori. I genitori hanno il bisogno di sentirsi dire che la loro rabbia, il loro senso di colpa, la loro ansia sono normali e possono essere controllati per evitare un'esacerbazione dei comportamenti patologici dei figli. Il terapeuta ha il compito di sostenere la loro forza e di evitare di aggravare il loro senso di colpa (Larrivé et al., 2013).

In alcuni casi, inoltre, riconoscere ed accogliere la sofferenza dei genitori ed affrontare le problematiche familiari può rappresentare la prima occasione che i genitori hanno per essere aiutati rispetto alle proprie difficoltà personali.

Infine, partendo dal presupposto che la vulnerabilità genetica nell'espressione del disturbo, un intervento sulla famiglia può risultare protettivo (Bornolova et al., 2009).

In generale, l'approccio psicoeducativo è considerato l'intervento base con la famiglia. I genitori hanno, innanzi tutto, bisogno di informazioni sul disturbo: i sintomi, quello che è noto sull'eziologia, sulla vulnerabilità degli adolescenti alla disregolazione emotiva e comportamentale, sui trattamenti suggeriti. Progressivamente, all'interno di un approccio che possa essere psicoeducativo psicodinamicamente orientato, i genitori dovrebbero essere sostenuti nel considerare le modalità disfunzionali in un'ottica estesa alle dinamiche familiari, nel comprendere il funzionamento dell'adolescente, nel trovare modalità di comunicazione e confronto con lui più efficaci, per una riduzione delle interazioni negative e dei circoli che sostengono le modalità disfunzionali, prime fra tutte le sollecitazioni derivanti dalle minacce o dalla messa in atto di agiti autolesivi. Infine, mentre vengono riconosciuti nell'intenso livello di preoccupazione e frustrazione, i genitori possono anche essere sostenuti in un'ottica di

speranza, rimandando loro che qualcosa può essere fatto.

In considerazione del ruolo essenziale del lavoro con la famiglia e sulla scorta di tali obiettivi, il coinvolgimento dei genitori è previsto nella maggior parte dei programmi di trattamento, dalla Dialectical Behavioural Therapy (DBT), in particolare con l'adattamento per adolescenti e giovani adulti (DBT-A), che prevede specifiche modalità di coinvolgimento della famiglia (Fleishaker et al., 2011), alla Mentalization-based Therapy (MBT), all'Emotion Regulation Training (ERT), alla Cognitive Analytic Therapy (CAT), all'Integrative Borderline Adolescent Family Therapy (IAFT), specificamente strutturato per adolescenti borderline che fanno uso di sostanze (Santisteban et al., 2015).

D'altra parte, pur considerando l'importanza del coinvolgimento dei caregivers nel trattamento, non ci sono sufficienti studi di valutazione dei trattamenti stessi (eccetto per quanto riguarda la MBT che è attualmente l'unico trattamento per cui sia disponibile uno studio randomizzato controllato che ne sostiene l'utilizzo) (Rossouw e Fonagy, 2012). In particolare, non sono disponibili studi a supporto del valore del coinvolgimento della famiglia nel trattamento. Allo stesso modo, esperienze come quella di Terapia Sistemica della Famiglia della scuola milanese, che non sono supportate da studi controllati nel campo dei disturbi di personalità, non vengono riportate in questo documento.

Pur con i presupposti visti prima sull'importanza di uno spazio di terapia rivolto ai genitori, va considerata la possibilità che la severità dell'eventuale psicopatologia dei familiari possa influenzare negativamente il trattamento e che i disturbi gravi possano rendere la collaborazione con la famiglia impossibile o comportare esigenze di tutela che rendono ulteriormente problematica l'alleanza con i genitori.

Dall'altra parte, occorre anche considerare che, in alcuni casi, il coinvolgimento dei familiari può essere quanto è possibile fare con adolescenti che non consentono o non sono motivati al trattamento individuale,

anche se non esistono particolari studi di conferma di questa linea di gestione dei problemi.

Nell'impostazione del progetto di terapia, per altro, gli adolescenti devono consentire il coinvolgimento dei genitori ed i genitori devono essere consapevoli che, se i ragazzi chiedono di essere seguiti individualmente, ciò va consentito in favore della alleanza terapeutica (focus group).

Nel coinvolgere i genitori nel trattamento, infine, va considerato il ruolo della riservatezza. Il terapeuta deve anche essere chiaro fin dall'inizio con il paziente e la famiglia su tale tema. La riservatezza dovrebbe essere rotta se la sicurezza del paziente è a rischio, se ci sono piani suicidari o di agiti contro altri, con l'intento di metterli in atto, o in caso di abuso sessuale o fisico o di neglect. In merito agli agiti autolesivi, il modello DBT suggerisce che la preoccupazione dei genitori venga riconosciuta pur spiegando che non verrà condiviso qualsiasi agito a meno che non rappresenti un rischio per la vita o che non ci sia un'escalation incontrollabile nel comportamento. Questo può permettere all'adolescente di sentirsi più a proprio agio nel condividere i propri comportamenti. Qualora diventi necessario rompere il diritto alla riservatezza, il paziente dovrebbe essere coinvolto il più possibile nel processo (Larrivée et al., 2013).

1. *Dipartimento di Salute Mentale, ASST Grande Ospedale
Metropolitano Niguarda, Milano

2. **SC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ASST
Sette Laghi, Varese

Correspondence: Matteo Porcellana, ASST Grande Ospedale
Metropolitano Niguarda.

Piazza Ospedale Maggiore, 3 20100 Milan, Italy

Email: matteo.porcellana@ospedaleniguarda.it

tel: +39-0264445438

BIBLIOGRAFIA

1. Bressi C., Porcellana M., Nocito E.P., *Famiglia e disturbi psichiatrici*. In: Invernizzi G., Bressi C., eds. *Psichiatria e Psicologia Clinica – IV edizione*. McGraw-Hill, Milano, 2012: 561-590.
2. Bressi C., *Disturbi di Personalità*. In: Invernizzi G., Bressi C., eds. *Psichiatria e Psicologia Clinica – IV edizione*. McGraw-Hill, Milano, 2012: 401-440.
3. Kernberg O.F., *Teoria psicoanalitica dei disturbi di personalità*. In: Clarkin J.F., Lenzenweger M.F., eds. *I disturbi di personalità. Le cinque principali teorie*. Cortina, Milano, 1997.
4. Adler G., *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson, 1985
5. Feldman R.B., Guttman H.A., *Families of borderline patients: literal-minded parents, borderline parents, and parental protectiveness*. *Am J Psychiatry*, 1984; 141 (11), 1392-6.
6. Goldstein L.A. *Borderline disorders*. Guilford Press, 1990.
7. Villeneuve C., Roux N. *Family therapy and some personality disorders in adolescence*. *Adolesc Psychiatry* 20, 365-80, 1995.
8. Gunderson J.G., Berkowitz C., Ruiz-Sancho A., *Families of borderline patients: a psychoeducational approach*. *Bull Menninger Clinic*, 1997; 61(4), 446-57.
9. Hooley J.M., Hoffman P.D., *Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder*. *Am J Psychiatry*, 1999; 156, 1557-1562.
10. Marcinko D., Bilic V., *Family therapy as addition to individual therapy and pharmacotherapy in late adolescent female patients suffering from borderline personality disorder with comorbidity and positive suicidal history*. *Psychiatr Danub*, 2010; 22(2), 257-60.
11. American Psychiatric Association, *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington DC: APA, 2001.
12. Gunderson J.G., *Borderline Personality Disorder: a clinical guide*. Washington DC, American Psychiatric Press, 2001.

13. National Collaborating Centre for Mental Health, *Borderline personality disorder: treatment and management. National Clinical Practice Guideline N. 78*. Leicester: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2009.
14. Hoffman P.D., Fruzzetti A.E., Buteau E., Neiditch E.R., Penny D., Bruce M.L., Hellman F., Struening E., *Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder*. Fam Process, 2005; 44, 217-225.
15. Hoffman P.D., Fruzzetti A.E., Buteau E., *Understanding and engaging families: an education, skills and support programme for relatives impacted by borderline personality disorder*. Journal of Mental Health, 2007; 16, 69-82
16. Hoffman P.D., Buteau E., Hooley J.M., Fruzzetti A.E., Bruce M.L., *Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondance with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion*. Family Process, 2003; 42, 469-478.
17. Regalado P., Pechon C., Stoewsand C., Gagliesi P., *Family relatives of persons with borderline personality disorder: a pre-experimental study of a group intervention*. Vertex, 2011; 22(98), 246-52.
18. National Health and Medical Research Council, *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder*. National Health and Medical Research Council, Melbourne, 2012.
19. Regione Emilia Romagna, Servizio Salute mentale, *Dipendenze patologiche e salute nelle carceri*. Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità, 2003.
20. Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. *Proposta di accordo Stato-Regioni sulla definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*. Roma, 16 ottobre 2014.
- Goodman M., Patil U., Triebwasser J., Hoffman P., Weinstein Z.A., New A. *Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring*. J Pers Disord, 2010; 25:59-74.
21. Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M., *Including families in treatment*. In: Dialectical Behavior Therapy With Suicidal Adolescents. New York, NY; London, UK: The Guilford Press, 2007; 187-209.
22. Larrivée M.P., *Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry*. Dialogues Clin Neurosci Jun 15(2), 2013, 171-9
23. Bornovalova M.A., Hicks B.M., Iacono W.G., McGue M., *Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study*. Dev Psychopathol, 2009; 21:1335-1353
24. Fleischhaker C., Böhme R., Sixt B., Brück C., Schneider C., Schulz E., *Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health Jan 28, 2011; 5(1):3
25. Santisteban D.A., Muir J.A., Pena M.T., Mitrani V.B., *Integrative Borderline Adolescent Family Therapy: Meeting the Challenges of Treating Adolescents With Borderline Personality Disorder*. Psychotherapy (Chic) Winter;40(4):251-264, 2003
26. Rossouw T.I., Fonagy P., *Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2012; 51:1304-1313
27. Hoffman P.D., Fruzzetti A.E., Swenson C.R., *Dialectical behavior therapy - family skills training*. Fam Process, 1999; 38: 399-414.
28. Fruzzetti A.E., *The High conflict couple: a dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy and validation*. Oakland, CA: New Harbinger Press, 2006.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Somdrino*)
Franco Spinogatti (*Cremona*)
Andrea Materzanini (*Iseo*)
Costanzo Gala (*Milano*)
Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)
Claudio Cetti (*Como*)
Giuseppe De Paoli (*Pavia*)
Nicola Poloni (*Varese*)
Antonio Magnani (*Mantova*)
Emi Bondi (*Bergamo*)
Ettore Straticò (*Mantova*)
Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)
Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)
Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)
Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)
Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)
Giacomo Deste (*Brescia*)
Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati
Angelo Cocchi,
Arcadio Erlicher,
Claudio Mencacci,
Emilio Sacchetti
Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi