



Titolo: Studio preliminare su un campione di soggetti con diagnosi di disturbo di personalità *borderline* ricoverati presso il Day Hospital Psichiatrico della Struttura di Psichiatria S.P.D.C. dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria

Autori: Bergonzini C.;^{1*} Raffaelli S.;¹ Prelati M.;¹ Piantato E.;¹ Bertamini D.;² , Veglia F.;²

Tipo: Articolo Originale

Keywords: Disturbo Borderline di Personalità; mentalizzazione; valutazione efficacia trattamento; psicoterapia; farmacoterapia; trattamento basato sulla mentalizzazione;

Abstract

Obiettivi: Il progetto di ricerca è finalizzato all'osservazione dell'attività del day hospital psichiatrico e alla valutazione dell'efficacia del trattamento su un gruppo di pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità.

Metodologia: Il campione è costituito da un gruppo di 5 pazienti con diagnosi di DBP in terapia presso il day hospital, che saranno seguiti per 6 mesi sia con terapia farmacologica che con una psicoterapia che segue le linee guida del Trattamento basato sulla Mentalizzazione di Bateman & Fonagy. Vi è inoltre un gruppo di controllo omogeneo per diagnosi che verrà trattato per 6 mesi ambulatorialmente solo con terapia farmacologica.

¹ A.O. "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria;
S.O. Psichiatria S.P.D.C.

* Autore per la corrispondenza:
E-mail: chiara.bergonzini@gmail.com

² Università degli Studi di Torino



Risultati: I primi risultati al follow up effettuato a 6 mesi dall'inizio del trattamento sembrano mostrare che i pazienti seguiti con trattamento integrato psicoterapico e farmacologico all'interno del Day Hospital ottengono risultati migliori relativamente ai parametri comportamentali di auto ed etero lesività, di percezione del benessere e della qualità della vita, rispetto ai pazienti curati esclusivamente attraverso farmacoterapia.

Conclusioni: Dai risultati preliminari, il Day Hospital sembra costituire una risorsa funzionale e flessibile per i pazienti con diagnosi di Disturbo di Personalità Borderline. Emerge che l'intensità terapeutica abbinata alla flessibilità del setting offerte permettono ai pazienti di ottenere miglioramenti già a 6 mesi dall'inizio del trattamento.

1. Il Disturbo Borderline di Personalità

Il Disturbo Borderline è un disturbo della personalità caratterizzato da instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e da una marcata impulsività. I dati della letteratura riportano un'incidenza del disturbo all'interno della popolazione pari al 2%.

Il Disturbo Borderline di Personalità è stato ed è tuttora oggetto di confronto e di discussione nella nosografia psichiatrica e nella psicoterapia contemporanea (Paris, 1993), probabilmente a causa dell'eterogeneità di forme di sofferenza attraverso cui il disturbo può presentarsi agli occhi del clinico e dei conseguenti problemi diagnostici, eziopatogenetici nonché di cura che questo disturbo comporta.

Il DSM IV (APA, 1994), classifica il disturbo borderline tra i disturbi della personalità del cluster B sull'asse II, all'interno del gruppo definito come "drammatico - imprevedibile" e lo descrive come una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore ed una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono
2. un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
3. alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili.



4. impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto come ad esempio spendere eccessivamente, promiscuità sessuale, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate, ecc.
5. ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento auto mutilante
6. instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. sentimenti cronici di vuoto.
8. rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress

Le persone con disturbo borderline mostrano un'accentuata instabilità emotiva, che si manifesta con marcati e repentini cambiamenti dell'umore, soprattutto in risposta ad eventi relazionali spiacevoli, come, ad esempio, un rifiuto, una critica o una semplice disattenzione da parte degli altri. Per controllare quest'instabilità emotiva, utilizzano l'azione impulsiva (ad esempio abusano di sostanze, si abbuffano di cibo, etc.). Talvolta arrivano a procurarsi atti auto lesivi (es. tagli sul corpo con delle lamette o delle bruciature con dei mozziconi di sigaretta, ingerire dosi eccessive di psicofarmaci) o tentativi di suicidio. Le relazioni che questi soggetti instaurano sono spesso intense e coinvolgenti, ma instabili e caotiche. L'altro può passare in breve tempo dall'essere idealizzato all'essere svalutato. Tutti questi aspetti generano in loro confusione e hanno importanti conseguenze sulla stima di sé, facendoli percepire, contemporaneamente, sbagliati e fragili. Le persone con disturbo Borderline sperimentano spesso un'intensa paura dell'abbandono: anche nel caso di separazioni brevi reagiscono con disperazione e rabbia compiendo azioni e sforzi disperati per evitare l'evento temuto. E' facile immaginare quanto le difficoltà relazionali e dell'immagine di sé connaturate al Disturbo Borderline si ripercuotano, spesso, sulle cure, in particolare nella psicoterapia che, abbinata alla farmacoterapia, è considerata dagli esperti il trattamento di elezione nella cura del disturbo.

Come evidenziato dalla letteratura, essi tendono ad attivare nella relazione terapeutica gli stessi "cicli interpersonali" (Safran, Segal, 1990) che attivano nelle relazioni quotidiane e che hanno sperimentato con le figure di attaccamento, condizionando in maniera profonda la relazione e l'andamento del processo. Come messo in luce da Di Maggio e Semerari, per effetto degli schemi interpersonali patogeni, i pazienti tendono ad entrare in relazione con



atteggiamenti, di volta in volta, aggressivi, timorosi, distaccati, diffidenti, evitanti. Inoltre, in conseguenza dei deficit meta rappresentativi, mostrano difficoltà nel riflettere sul proprio atteggiamento relazionale e nel comprendere le intenzioni dell'altro.

Tutto ciò si evidenzia nella difficoltà dei soggetti borderline a seguire un percorso terapeutico coerente, nonché nella difficoltà del terapeuta a gestire reazioni controtransferali intense. Questi aspetti portano a dare priorità alla strutturazione di interventi che si dispieghino all'interno di una cornice clinico - organizzativa accuratamente predisposta (Bateman, Fonagy, 2006). Nel nostro lavoro di ricerca abbiamo scelto di utilizzare l'approccio di Bateman e Fonagy – che sarà descritto più avanti nell'articolo – studiato proprio per il trattamento di pazienti in strutture di semiricovero (Day Hospital).

2. Razionale del progetto

Il Progetto di ricerca, nato in collaborazione con l'Università degli studi di Torino, Dipartimento di Psicologia, è finalizzato all'osservazione dell'attività del day hospital psichiatrico e alla valutazione dell'efficacia del trattamento su un gruppo di pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità.

I soggetti con Disturbo Borderline di Personalità (DBP) – e le loro famiglie – vivono condizioni caotiche di disagio, segnate da crisi che sono la conseguenza di pressioni evolutive, interpersonali e sociali. La letteratura indica la necessità per questi pazienti di disporre di una rete di servizi integrati e in continuità tra loro a cui rivolgersi per fronteggiare le crisi.

Il concetto di continuità di assistenza consiste in uno schieramento di servizi che vanno dalle strutture di assistenza più elevate (setting ospedaliero) agli interventi ambulatoriali meno restrittivi. I pazienti con disturbo di personalità borderline, vivendo vite caotiche, raramente procedono in modo uniforme e ordinato da un estremo all'altro dell'assistenza; tipicamente invece hanno la necessità di entrare e uscire dai vari livelli e talvolta di usufruire di servizi combinati oltre che l'impiego di diverse prassi terapeutiche.

L'obiettivo del progetto è quello di valutare se un servizio intensivo non residenziale, come il day hospital psichiatrico, possa fornire una risorsa funzionale e flessibile a queste tipologie di pazienti e alle loro famiglie.



3. Descrizione del Day Hospital

Il Day Hospital ha iniziato la sua attività nell'ottobre del 2007 con l'obiettivo di " fornire un'alternativa, laddove possibile, al ricovero psichiatrico, impostare terapie complesse senza ricorrere al ricovero classico, proseguire in post-ricovero trattamenti e/o indagini iniziati durante la degenza".

All'inizio non vi era un coordinamento e ogni paziente, durante la degenza, veniva seguito dal medico di riferimento; inoltre il servizio era rivolto prevalentemente ai pazienti della SC-SPDC e l'intervento era soprattutto di tipo farmacologico.

Nel luglio del 2008 con l'individuazione della figura di un medico-coordinatore vi è stato un cambiamento nella organizzazione del servizio per quanto riguarda: numero pazienti/giorno, modalità di accesso, durata max del ricovero, formalizzazione del rapporto con i medici di riferimento, centralizzazione del sostegno psicologico.

Il Day Hospital è aperto dal lunedì al venerdì, festivi esclusi, dalle ore 8.30 alle 14.00.

All'inizio accoglieva al massimo quattro pazienti al giorno; attualmente, alla luce delle sempre maggiori richieste, possono essere accolti sei pazienti al giorno, con un massimo di sette, in casi eccezionali, per non creare problemi di sovraffollamento dato il tempo limitato di apertura e per garantire la qualità del lavoro svolto.

Dal gennaio 2010 collaborano all'attività del Day Hospital un medico della SC-SPDC di cui funzioni di coordinatore e due infermieri; una psicologa psicoterapeuta e dal gennaio 2011 una consulente filosofica. Medici e infermieri si scambiano informazioni sui pazienti in maniera informale ogni giorno così da avere un quadro il più possibile completo della situazione. L'attività è svolta in base a procedure stabilite congiuntamente. Si è stabilito un incontro strutturato settimanale di riflessione sull'attività tutti i lunedì dalle 9 alle 11.

Si accede al Day Hospital per prenotazione, su invio dello psichiatra curante, dell'equipe del SPDC o a seguito di consulenza in DEA.

La posizione del Day Hospital di separazione meno netta dal contesto di vita del paziente rispetto al ricovero in SPDC può essere utile per quei casi in cui sia prioritario un intervento "medico" senza perdere i punti di riferimento sociali: si tratta di pazienti con varie diagnosi che hanno necessità di un rapporto stretto e continuativo con una equipe per la loro difficoltà a tollerare la sofferenza psicologica ma che conservano la capacità di gestire il periodico, quotidiano distacco, col rientro a domicilio dopo il trattamento.

Sono anche pazienti motivati a evitare il ricovero per ragioni le più varie; viene anche



esplicitato che il Day Hospital è una alternativa al ricovero e che, in base all'evoluzione e ai risultati del trattamento, potrebbero essere individuate e proposte modalità alternative di trattamento.

Il Day Hospital si propone come una sorta di "terza via" durante periodi di crisi: ha lo scopo di fornire una alternativa al ricovero (in alcune situazioni anche potenziale ostacolo alla risoluzione della crisi) e di permettere una maggiore intensità terapeutica rispetto alle visite ambulatoriali; durante la degenza si cerca di riattivare le risorse del paziente attraverso il rapporto con i medici e gli infermieri e le terapie farmacologiche.

E' previsto un colloquio con i medici del Day Hospital per:

1. valutare la richiesta,
2. definire i problemi dal punto di vista del paziente,
3. spiegare le modalità del trattamento,
4. concordare gli obiettivi da raggiungere durante la degenza.

Nel corso della prima fase di degenza si cerca di formulare una "ipotesi dinamica" sui problemi presentati dal paziente che possa aiutare il paziente a meglio comprendere il percorso terapeutico e che fornisca una guida agli operatori senza la rigidità di una diagnosi categoriale.

La degenza è agli effetti amministrativi un ricovero per cui è incompatibile con l'attività lavorativa. Su richiesta si può rilasciare un certificato di ricovero da consegnare al datore di lavoro.

Nel periodo di ricovero la gestione della terapia è demandata ai medici del servizio che cercano di concordare i cambiamenti con lo specialista di riferimento del paziente. Il trattamento consiste spesso nella infusione di un farmaco, che può avere la doppia valenza di augmentation farmacologia e di suggestiva terapia "potente"; si associano sempre colloqui quotidiani con gli infermieri e, almeno una volta a settimana, con i medici. Non si svolgono attività strutturate, singole o di gruppo nel servizio. Una minoranza di pazienti effettua in Day Hospital solo la terapia orale.

I colloqui con lo psichiatra configurano una psicoterapia di sostegno in cui si cerca di validare i costrutti nucleari del paziente aiutandolo a tollerare la latenza d'azione degli psicofarmaci e/o a trovare una soluzione personale allo stato di crisi.

La durata massima per ciclo è di due mesi. Allo scadere dei due mesi il paziente viene dimesso: si ritiene che, se in tale periodo non sono stati raggiunti gli obiettivi previsti, sia da riconsiderare il ricorso a modalità differenti di trattamento piuttosto che la prosecuzione del



Day Hospital. Impostazione questa che richiama la psicoterapia breve in cui si esplicita sin dall'inizio la durata totale delle sedute. E' lasciato vago l'intervallo minimo richiesto tra gli accessi che viene gestito in maniera flessibile da caso a caso e da momento a momento del trattamento.

Il Day Hospital rappresenta comunque solo una tappa del percorso terapeutico. Prima della dimissione viene contattato lo specialista di riferimento, a cui sarà poi inviata una relazione, per concordare un appuntamento e riprendere la frequenza dell'ambulatorio.

Se il paziente non ha ancora un medico di riferimento si contatta il Centro di Salute Mentale competente per concordare una presa in carico.

Per quanto riguarda i pazienti affetti da Disturbo borderline di Personalità, si è cercato di introdurre i principi del Trattamento basato sulla Mentalizzazione di Bateman & Fonagy nell'attività del Day Hospital. In particolare si è cercato di fornire un alto livello di strutturazione e una attuazione coerente degli interventi, una attenzione al "qui ed ora" della relazione, flessibilità e intensità modulata in base ai bisogni dei pazienti, una integrazione fra i servizi, una semplificazione della terapia farmacologia. Le strategie terapeutiche e le tecniche sono state filtrate attraverso un approccio cognitivista, per la particolare formazione del coordinatore.

Il Day Hospital può effettuare solo sei accessi al giorno e ha la necessità di essere disponibile per tutti i pazienti del Dipartimento. Per questo si è cercato di costruire un percorso privilegiato per i pazienti con Disturbo di personalità tenendo conto che il trattamento specifico è la psicoterapia protratta. E' prevista una prima fase, focalizzata sulla "crisi", con frequenza giornaliera e di durata non superiore ai due mesi. I pazienti per cui si ritiene necessario un intervento strutturato dopo la risoluzione della crisi passano a una seconda fase ambulatoriale con accessi settimanali.

Dal 2009 l'attività è oggetto di una ricerca dell'Istituto di Psicologia dell'Università di Torino per una raccolta dei dati, una valutazione del lavoro svolto e l'implementazione di nuove metodologie più efficaci.

4. Obiettivi della ricerca

Il presente lavoro si propone di valutare l'efficacia dei trattamenti offerti dal Day Hospital psichiatrico dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria (psicoterapia e farmacoterapia) su un gruppo di pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline



di Personalità. Ci si propone di comprendere quanto l'organizzazione del lavoro specifica del Day Hospital possa costituire una risorsa funzionale e flessibile per questa tipologia di pazienti e per le loro famiglie.

5. Metodologia

5.1 Campione

Il campione sarà composto da un gruppo di 5 pazienti con diagnosi di Disturbo di Personalità Borderline in terapia presso il day hospital, che sono stati seguiti per 6 mesi sia con terapia farmacologica che con una psicoterapia che segue le linee guida del Trattamento basato sulla Mentalizzazione di Bateman & Fonagy.

Il gruppo di controllo è omogeneo per numerosità e diagnosi ed è stato trattato per 6 mesi ambulatorialmente solo con terapia farmacologica.

5.2 Strumenti di valutazione

I pazienti sono stati sottoposti ai seguenti test all'inizio del trattamento e dopo sei mesi:

- Strumenti per la diagnosi di asse II e valutazione della gravità del DBP:
 - **SCID II** (First et al., 1995): la SCID-II è un'intervista semistrutturata composta da 120 item valutati su di una scala a 4 livelli (da ? = informazioni insufficienti, a 3 = clinicamente rilevante o vero) ed articolati in undici sezioni, una per ogni Disturbo di Personalità (oltre al disturbo di personalità NAS). Ogni DP è indagato separatamente dagli altri in modo da rendere più immediata per l'intervistatore la valutazione della presenza/assenza di quello specifico DP (per la cui diagnosi devono essere soddisfatti un certo numero di criteri secondo quanto previsto dal DSM-IV).
 - **BPDCL** (Arntz et al., 2003): indaga l'intensità della patologia borderline in riferimento al mese precedente. E' composta da 47 items, valutati utilizzando una scala Likert a 5 punti (da 1 = "per niente" a 5 = "moltissimo"), a cui il soggetto deve rispondere indicando il grado in cui è stato disturbato da ciascun sintomo proposto. Il punteggio totale fornisce un indicatore soggettivo della gravità dei sintomi borderline.



- Strumenti per la valutazione dei comportamenti impulsivi:
 - **BIS-11** (Patton, Stanford, Barratt; 1995): è un questionario autosomministrato composto da 30 item, costruito allo scopo di misurare l'impulsività. È molto diffuso nell'ambito della ricerca ed è probabilmente il più utilizzato per la valutazione dell'impulsività. Valuta l'"impulsività" intesa come mancanza di controllo sui pensieri e comportamenti. Valutando "l'agire senza pensare", come può essere definita l'impulsività, può essere considerato come indice indiretto dell'aggressività la quale è caratterizzata generalmente dalla riduzione o dalla perdita del controllo degli impulsi.
 - **STAXI** (Spielberger, 1988): è una scala di autovalutazione che fornisce misure sintetiche, rappresentative dell'esperienza e dell'espressione della rabbia. Nel concetto di esperienza di rabbia, come misurata dallo STAXI, sono comprese due principali componenti: la rabbia di stato e di tratto. La rabbia di stato è definita come uno stato emotivo caratterizzato da sentimenti soggettivi di diversa intensità, che vanno da un moderato senso di fastidio o d'irritazione ad uno stato di furia e di rabbia, generalmente accompagnato da tensione muscolare e da attivazione del sistema nervoso autonomo. La rabbia di tratto è, invece, la disposizione a percepire un gran numero di situazioni come fastidiose o frustranti, e la tendenza a rispondere a tali situazioni con più frequenti manifestazioni della rabbia di stato.

- Scala per la valutazione dei comportamenti auto lesivi:
 - **SHI** (Sansone et al., 1998): è un questionario composto da 22 item a risposta dicotomica che indagano altrettanti comportamenti auto mutilanti (gli autori indicano che un punteggio totale > di 5 è ottenuto dall'85% dei soggetti con BPD diagnosticati con DIB-R).

- Indicatori d'esito:
 - **CORE-OM** (Evans et al., 1998): è il primo test standardizzato per la valutazione degli esiti. È un test generale e può essere considerato un indice di sofferenza psicologica.
 - **Scala dell'autoefficacia percepita** (Bandura, 2001): è composta da 30 items, valutati utilizzando una scala Likert a 5 punti (da 1 = "per nulla capace" a 5 = "del tutto capace"), a cui il soggetto deve rispondere indicando il grado in cui si sente capace di affrontare ciascuna situazione descritta dagli items.



- Valutazione dello stile di attaccamento:
 - **AAI** (George, Kaplan, Main, 1985): è un' intervista semistrutturata, costituita da 18 domande, della durata di circa un'ora. Valuta lo stato mentale attuale (*state of mind*) di un soggetto rispetto alle sue esperienze di attaccamento, cioè le modalità dell'adulto di costruirle, di rappresentarle, di narrarle a sé stesso e ad altri. La codifica finale prevede l'assegnazione di una categoria principale di attaccamento: Attaccamento Sicuro (*Free, F*), Attaccamento Distanziante (*Dismissing, Ds*), Attaccamento Preoccupato (*Entangled, E*), Attaccamento con Traumi o Lutti non Risolti (*Unresolved, U*), Attaccamento inclassificabile (*Cannot Classify, CC*).

- Strumenti per la diagnosi di asse I :
 - **BDI** (Beck, et al., 1961): è un questionario self-report per la valutazione dei sintomi e degli atteggiamenti caratteristici della depressione. Il Beck Depression Inventory è costituito da 21 item relativi a sintomi ed atteggiamenti tipici dei soggetti depressi.
 - **STAI** (*State-Trait anxiety Inventory*, Spielberger e collaboratori, 1983): è un questionario di autovalutazione per la misura dell'ansia. Il questionario è composto da due forme, Y1 e Y2, ciascuna comprendenti 20 items.

6. Il Trattamento basato sulla Mentalizzazione

Il Trattamento basato sulla Mentalizzazione (MBT) è una tecnica elaborata da Bateman e Fonagy a partire dal 2004, che deriva dal concetto secondo il quale i pazienti borderline necessitano di imparare a "mentalizzare", ossia a stare fuori dai propri stati d'animo, osservando accuratamente le emozioni proprie ed altrui. La teoria alla base dell'MBT suggerisce che questa capacità si sviluppi mediante un processo di esperienze infantili nelle quali le persone si sentono considerate nei pensieri degli altri (specialmente dei genitori) all'interno di una relazione di attaccamento sicuro con figure significative in grado di tenere "a mente" e considerare l'altro. Nei pazienti con disturbo di personalità borderline questa capacità sarebbe compromessa a causa di un atteggiamento scarsamente mentalizzante e "riflessivo" da parte delle figure di riferimento, i quali non risponderebbero adeguatamente alle esperienze emotive del soggetto, causando così un trauma evolutivo.

L'MBT parte da una base teorica psicanalitica ma utilizza anche metodi cognitivi.

Le caratteristiche principali che contraddistinguono il Trattamento basato sulla



Mentalizzazione sono le seguenti:

- è utilizzato con pazienti con diagnosi di DBP
- è effettuato presso il DH psichiatrico, come approccio all'interno del trattamento psicoterapeutico
- ha come scopo generale di aiutare il paziente a consolidare il senso del Sé in modo da poter stabilire relazioni più sicure grazie all'atteggiamento mentale che il terapeuta deve assumere in ogni situazione clinica.

E' un trattamento altamente strutturato, ma flessibile, per questo rispondere in maniera funzionale ai bisogni dei pazienti borderline il cui stile di vita è assai instabile, aspetto che si riflette sulle modalità di accesso ai servizi psichiatrici.

7. Risultati

I primi dati parziali raccolti nelle valutazioni eseguite su 2 pazienti del campione sperimentale, a sei mesi dall'inizio del trattamento, evidenziano:

- una diminuzione del numero di RICOVERI e ACCESSI IN DEA, rilevati dall'esame delle cartelle dei pazienti;
- una diminuzione del numero di ATTI AUTOLESIVI ed ETEROLESIVI, emersa dai resoconti dei pazienti e dal test SHI;
- un miglioramento nella percezione dell'AUTOEFFICACIA, in particolare per quanto riguarda la gestione delle emozioni negative e la percezione delle emozioni positive (Scala dell'Autoefficacia Percepita);
- un miglioramento nella percezione del BENESSERE SOGGETTIVO (Core-om).

Da questi primi dati emerge che i pazienti che hanno effettuato presso il Day hospital psichiatrico una psicoterapia che ha seguito le linee del Trattamento basato sulla Mentalizzazione di Bateman e Fonagy (2006) abbinata alla farmacoterapia ottengono MIGLIORI RISULTATI a sei mesi dall'inizio del trattamento, rispetto a pazienti che sono stati esclusivamente sottoposti ad un trattamento farmacologico in regime ambulatoriale.

Ulteriori dati sono in fase di elaborazione.

8. Conclusioni

I dati fin qui rilevati, seppur parziali, sembrano mettere in luce l'efficacia del trattamento



integrato di psicoterapia e farmacoterapia offerto dal Day Hospital psichiatrico per i pazienti con diagnosi di DBP.

Resta ancora da verificare come gli aspetti di flessibilità e continuità assistenziale caratterizzanti il metodo di lavoro del Day Hospital influiscano sui miglioramenti effettuati dai pazienti.

Si ritiene utile, inoltre, verificare come un'eventuale maggiore strutturazione del trattamento offerto da Day Hospital possa influire sugli esiti delle cure effettuate sui pazienti borderline.

A tal proposito si sta costruendo un progetto di ricerca specifico per la valutazione delle caratteristiche e delle funzionalità proprie del Day Hospital.

Bibliografia

Arntz, A. (2003). *Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder*. Behaviour Research and Therapy, 41, 633–646.

Bandura, A. (2001). 'Social cognitive theory: An agentic perspective.' *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.

Bateman A., Fonagy P. (2006), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*, Raffaello Cortina, Milano.

Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Bowlby J. (1989), *Attaccamento e perdita* (vol. 1) *L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino.

Cassidy J. e Shaver P.R. eds. (2003), *Manuale dell'attaccamento teoria, ricerca applicazioni cliniche*, ed.italiana Giovanni Fioriti Editore

Dimaggio G. e Semerari A. (2003), *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*, Laterza, Roma.

Evans, N.J., Forney, D.S., & Guido-DiBrito, F. (1998). *Student development in college: Theory, research, and practice*. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Davies M, Borus J, Howes MJ, Kane J, Pope HG, Rounsaville B. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multi-site Test-retest Reliability Study, *Journal of Personality Disorders* 1995; 9(2), 92-104.

Fonagy P., Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano.



- George, C, Kaplan, N, & Main, M. (1985). Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Liotti G., Monticelli F. (2008), *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*, Raffaello Cortina, Milano.
- Liotti G. (2001), *Le opere della coscienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Main, M., Goldwin, R. (1998) *Adult attachment rating and classifications systems*, in *A typology of human attachment organization assessed in discourse, drawings and interview*, University Press, New York
- Paris, J. (1996). *Contesto sociale e disturbi di personalità* Milano: Cortina.
- Patton JM, Stanford MS, and Barratt ES (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Safran, J.D., & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 1998;54:973.
- Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger CD, Jacobs GA, Russell S, Crane RS: *Assessment of anger: The state-trait anger scale*. In: JN Butcher, CD Spielberger, eds. *Advances in Personality Assessment*, vol 2. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1983
- Steele H., Steele M. (2010), *Adult Attachment Interview*, Raffaello Cortina, Milano.