

Il trattamento cognitivo-comportamentale di un caso di disturbo Borderline della Personalità e Dipendenza

Martina Ceccarini*

SUMMARY

■ *Individuals who suffer from Borderline Personality Disorder (BPD) experience intense mood shifts, emotional lability, uncontrolled impulses, and self-harming behaviors to soothe the pain caused by feelings of emptiness in response to a real or imaginary abandonment. These coping strategies initially reduce emotional activation, though they can lead to serious consequences later. Cognitive-behavioural Therapy (CBT) for BPD aims at creating a therapeutic alliance to establish, together with the patient, clear therapeutic objectives. Among these, dysfunctional beliefs cognitive restructuring, identifying early maladaptive Schemas and improving readiness to change in substance use. Skills training promotes the acquisition of interpersonal effectiveness, emotion regulation, distress tolerance, and mindfulness. Schema Therapy also helps patients with BPD developing adaptive coping strategies since it enables to work on the unsatisfied emotional needs during childhood, especially those concerning neglect or abuse. The main objective of the Schema Therapy is to provide patients with the functional fulfilment of their primary emotional needs through healthy interpersonal relationships. ■*

Keywords: *Cognitive-Behavioural Therapy (CBT), Readiness to Change, Borderline Personality Disorder, Addiction, Therapeutic Alliance, Skill training, Maladaptive Schemas.*

Parole chiave: *Terapia cognitivo comportamentale, Prontezza al cambiamento, Disturbo borderline di personalità, Dipendenza, Alleanza terapeutica, Formazione alle abilità, Schemi maladattivi.*

Primo contatto e modalità d'invio (febbraio 2016- agosto 2017)

Il primo incontro con il paziente, denominato convenzionalmente Giulio, avviene presso un Ente che si occupa di patologie da dipendenza.

Ha 42 anni, è un piccolo imprenditore edile, vive da solo in una casa popolare in affitto.

È fidanzato da circa 1 anno e mezzo con una donna conosciuta in un gruppo di auto-aiuto per persone con problemi di droga, i Narcotici Anonimi, in quanto entrambi hanno avuto un passato di dipendenza dall'eroina.

Egli viene inviato dallo Psicoterapeuta Coordinatore dell'Ente che ha in carico la sua compagna, ed al quale Giulio si è rivolto per essere preso in carico da un terapeuta.

Un primo contatto avviene per telefono, in cui l'uomo spiega che deve farsi curare per una "grave perversione sessuale" di cui preferisce parlare di persona; sembra essere molto motivato ed impaziente di incontrarci.

Colloqui settimanali di un'ora.

* *Psicologa, psicoterapeuta, UOC Servizio Territoriale Dipendenze, DSM5 - Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana - Città Metropolitana Milanese.*

Storia personale

Secondogenito di una famiglia composta da: padre alcol dipendente, sorella di 6 anni più grande, madre che li abbandona quando Giulio ha 2 anni.

Dai 2 ai 4 anni resta in orfanotrofio con la sorella poiché il padre non sa la sentiva di accudire i figli.

A 4 anni, lui e la sorella vanno a vivere dai nonni paterni, fino all'adolescenza.

Vedono il padre spesso, ma l'uomo non vive con loro.

Giulio è stato cresciuto dai nonni con i quali però non descrive un rapporto di vicinanza affettiva. Frequenta la scuola dell'obbligo con regolarità e rendimento discreto.

Era un ragazzino introverso, con pochi amici e nessun interesse particolare.

Si descriveva vuoto, diverso, solo.

A 14 anni viene molestato dal cugino 22enne.

Episodio che non racconterà mai a nessuno e che viene raccontato con enorme distacco.

Nello stesso anno muore la nonna e si trasferisce a casa di suo padre.

Inizia a fare l'apprendista presso un elettricista.

In quel periodo conosce un gruppo di ragazzi e passa molto tempo fuori casa con loro.

Il padre è poco presente e lo lascia libero di gestire il suo tempo senza regole o confini.

Con gli amici inizia ad usare prima cannabinoidi e poi eroina dalla quale è dipendente già a 16 anni. Comincia a delinquere

re per acquistare la droga (furti prima in casa poi fuori e ricettazione).

I familiari non si accorgono di nulla.

Inizia a prostituirsi nei pressi della stazione ferroviaria con uomini ma non ha mai avuto rapporti completi con loro.

Anche questo vissuto viene raccontato con scarso coinvolgimento emotivo ed un tono di voce monocorde.

A 18 anni perde il lavoro di elettricista.

Viene chiamato ad assolvere gli obblighi di leva a Savona.

Lontano dalla città e dal gruppo di amici fa un uso sporadico dell'eroina ma non smette di usarla.

Dopo il militare resta in Liguria per ricominciare una nuova vita.

Ha una fidanzata con la quale ha perso la verginità ma continua ad avere dubbi sulla sua identità sessuale che dopo l'esperienza con il cugino si è strutturata con il timore di essere omosessuale o bisessuale.

Non trova lavoro e comincia a spacciare.

Fino ai 25 anni vive di espedienti, entra ed esce di galera per furto con scasso e ricettazione.

Dopo aver scontato l'ultima detenzione va in Brasile per fare il corriere della droga.

Lì conosce un ragazzo e per la prima volta si innamora.

La relazione termina poiché deve tornare in Italia per consegnare gli ovuli di eroina.

Giulio si stabilisce a Genova con l'intento di condurre una vita regolare.

Allaccia una relazione con una ragazza che dopo 8 mesi resta incinta.

Fa perdere le sue tracce e si rifugia a tempo pieno nell'eroina.

Non riconoscerà mai il figlio.

Ritorna a spacciare e a delinquere, finisce di nuovo in carcere, con diverse condanne cumulative.

Ci resta fino ai 33 anni.

Nessun familiare o amico lo va a trovare, all'infuori della madre che gli fa visita una sola volta.

In carcere riesce a disintossicarsi dall'eroina.

Fuori di prigione, trova lavoro come custode.

Si innamora di una ragazza con la quale va a convivere.

In quel periodo è astinente dall'eroina ma fa uso eccessivo di alcolici e usa benzodiazepine tutti i giorni. La compagna resta incinta.

Per gestire questa forte emozione ricade nell'eroina.

La compagna lo lascia quando il bimbo ha 6 mesi.

Disperato, stanco e senza prospettive, a 34 anni Giulio rischia di morire di overdose.

Dopo il ricovero ospedaliero tenta il suicidio ingerendo un'ingente quantità di farmaci.

Viene di nuovo ricoverato ed entra subito in una comunità per tossicodipendenti a Milano.

Ci resta 3 anni.

Terminato il percorso comunitario non ha un posto dove andare e va a vivere col padre.

Riprende i contatti con l'ex-compagna che gli permette di vedere con regolarità il figlio.

Giulio non ha più ripreso l'uso di eroina, ma assume quotidianamente benzodiazepine e alcol.

Inizia a frequentare Narcotici Anonimi, segue assiduamente il programma dei 12 Passi e delle 12 Tradizioni, smette l'uso delle sostanze.

È astinente da 4 anni.

Nel frattempo, suo padre muore all'età di 62 anni, a causa di problematiche alcolcorrelate.

Conosce la compagna attuale all'interno di NA.

Tutto sembra andare bene, finché la donna gli trova nella macchina un biglietto da visita di una prostituta; egli le confida di

avere una 'perversione sessuale' della quale non riesce a liberarsi e che da alcuni mesi lo perseguita avendo la meglio su di lui. Frequenta le prostitute con regolarità ed il fatto di tradire così la sua compagna lo disturba e lo spaventa molto.

Per questo motivo, si è rivolto all'associazione presso la quale è in carico la fidanzata per chiedere un sostegno psicologico immediato.

Assessment: indagini psicometriche

Dalla batteria di test CBA 2.0 emerge un'elevata ansia di tratto che lo rende apprensivo e propenso a rispondere con eccessiva attivazione alle circostanze ambientali.

È emotivamente labile, tende ad essere impulsivo e superficiale. Teme il rifiuto sociale e le critiche.

Giulio presenta ossessioni, pensieri intrusivi, comportamenti compulsivi e ruminazioni incontrollabili e persistenti.

L'esito del test SCL-90 mostra uno stile di pensiero caratterizzato da risentimento e rabbia.

È suscettibile e facilmente irritabile, incline a percepire il mondo esterno con sospetto.

Si sente spesso inadeguato e inferiore agli altri.

Il questionario SAT-P evidenzia che la funzionalità psicologica e sociale sono compromesse e riflettono un grado di insoddisfazione marcato.

Dal test di Gambrill si rilevano notevoli difficoltà nel gestire la critica, fare richieste, riconoscere i propri limiti, dire di no e fare conoscenze.

Nel complesso Giulio appare piuttosto anassertivo.

Mediante l'intervista SCID-II emerge un conclamato Disturbo Borderline di Personalità, in particolare: instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore; marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti.

Le sue relazioni interpersonali sono instabili e caratterizzate dall'alternarsi di sentimenti estremi di idealizzazione e svalutazione.

È presente un'importante alterazione dell'identità: l'immagine e la percezione di sé sono marcatamente instabili.

Egli manifesta impulsività nella sfera del: sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, condotte lesive di sé ed instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore.

Giulio è inoltre afflitto da sentimenti cronici di vuoto e cerca di evitare l'abbandono o il rifiuto.

Dal test TAS 20 si evidenzia una moderata alessitimia, difficoltà ad identificare e descrivere i propri sentimenti e quelli altrui.

Sottoposto alla 'Readiness to Change Ruler', su una scala da 0 a 10 egli riferisce di essere disponibile al cambiamento 8,5.

Giulio denota una forte volontà nel perseguire una modificazione del suo agire verso modalità comportamentali più adattive.

È in grado di contemplare il cambiamento e i suoi vantaggi.

Dal Diario del pensiero 'ABC', che egli compila con eventi-target significativi, è possibile, mediante l'analisi funzionale, rilevare un certo schema comportamentale.

Ogni volta che Giulio litiga con la compagna, è pervaso dal pensiero ossessivo di dover andare con una prostituta e consumare un rapporto sessuale fugace a pagamento.

Tale meccanismo di fuga rappresenta un vero e proprio rinforzo negativo atto a ridurre l'ansia e il timore di essere mal giudicato o abbandonato.

Concettualizzazione del caso

Il conflitto con la compagna genera il timore di essere mal giudicato o rifiutato.

Ciò causa un forte senso di instabilità, angoscia abbandonica, rabbia e ansia.

Frequentare le prostitute è una strategia di coping disadattiva che poi causa senso di colpa, vergogna, sofferenza, bassa autostima. Prima le emozioni (sia negative che positive), venivano gestite con l'uso dell'eroina prima e di altre sostanze poi.

Al momento della presa in carico, un evento attivante viene fronteggiato con abilità di coping disfunzionali che ricalcano uno stile di vita tossicomane.

Dopo un conflitto con la fidanzata egli cerca subito un sostituto relazionale, che trova nelle prostitute.

Il bisogno di allontanarsi dalla relazione e punire se stesso e la sua compagna, si manifesta con una sensazione simile al craving della sostanza ossia con un desiderio intenso ed irrefrenabile di andare con una prostituta dopo un conflitto che non ha avuto riconciliazione.

Tale comportamento evidenzia la ricerca dell'evitamento del danno e quella di un'esperienza nuova e forte simile all'eroina (Cloninger *et al.*, 2000).

Questa modalità di rispondere agli eventi stressanti è tipica di chi ha una personalità appartenente al cluster B e agisce con impulsività e scarso autocontrollo.

Con l'utilizzo della freccia discendente sono stati rintracciati nel paziente degli schemi maladattivi precoci strutturati durante l'infanzia e che si ripropongono nella relazione significativa attuale.

Questi sono schemi disadattivi appartenenti al Dominio I di disaffezione ed il rifiuto che riguardano il timore di essere abbandonato, non accudito, non amato, e schemi appartenenti al Dominio III riguardanti i limiti non funzionali, che implicano scarso autocontrollo e scarsa tolleranza alle frustrazioni e discontrollo degli impulsi (Young *et al.*, 2007).

Nell'eziopatogenesi del disturbo di personalità di Giulio sono rilevanti i fattori di predisposizione familiare caratterizzati da un contesto caotico (abbandono materno, mancanza di una reale figura di riferimento) e psicopatologico (padre alcolista e madre rifiutante).

Giulio, come chi ha avuto interazioni precoci che hanno portato ad uno stile di attaccamento insicuro (paura di abbandono e di non essere amati), ha sviluppato delle credenze disfunzionali su di sé che si riattivano nella relazione con la compagna e causano bassa autostima e la necessità di cercare una prostituta per ottenere una garanzia affettiva negata (Kassel *et al.*, 2007).

Tra i punti di forza di Giulio, le sue spiccate capacità cognitive, un ottimo livello di autoanalisi, ed un'elevata propensione al cambiamento, come rilevato dalla sua autodescrizione nella 'readiness to change ruler'.

Relazione terapeutica

La relazione terapeutica del caso, è da considerarsi un fattore fondamentale per il lavoro terapeutico con il paziente, che gli ha permesso di sperimentare in un luogo sicuro delle modalità di funzionamento nuove e adattive in un clima empatico e di accettazione e all'occorrenza normalizzante.

È possibile analizzare tre fasi primarie dell'alleanza terapeutica stabilita con Giulio: all'inizio egli appare molto motivato al trattamento, in una seconda fase, Giulio sembra essere scettico, supponente, poco fiducioso (saltava i colloqui senza avvisare, arrivava in ritardo alle sedute) ed infine durante la fase finale del riaggancio, è stata effettuata una seduta per favorire assunzione di responsabilità e ristrutturazione della credenza irrazionale circa la lettura del pensiero del terapeuta.

Giulio ha in seguito riferito di aver apprezzato la disponibilità a dare un sostegno stabile e rassicurante, contrastando però le drammatizzazioni negative rispetto a sé e l'altro, e favorendo l'integrazione delle oscillazioni affettive e cognitive fra idealizzazione e demonizzazione (tipica del Borderline).

Trattamento

1. Motivazione al cambiamento

Buona parte del trattamento terapeutico si è avvalso dell'utilizzo delle tecniche riguardanti il colloquio motivazionale di Miller e Rollnick (2004), basato sull'aumento della frattura interiore ed il sostegno dell'autoefficacia del paziente.

Quando Giulio ha affrontato la dissonanza cognitiva tra il proprio stato interno (sistema di valori relativi alla relazione amorosa ed idea di fedeltà coniugale) e quello esterno (la necessità di placare l'angoscia dopo il conflitto) ha percepito l'incongruenza fra il sé ideale e quello oggettivo ed ha quindi stilato una lista di tutti i costi ed i benefici che il frequentare le prostitute comportava (bilancia decisionale).

Gli aspetti negativi del comportamento maladattivo sono diventati sempre più evidenti, e parallelamente sono divenuti più attraenti i lati positivi dell'altra posizione, favorendo la fine della frequentazione delle prostitute.

2. Gestione dell'ansia, prevenzione delle ricadute nel comportamento disadattivo

Al fine di poter gestire l'intenso stato d'ansia scaturito dopo un conflitto con la compagna, è stata insegnata al paziente la respirazione addominale di Andrews.

Per contrastare l'ossessione di dover trovare una prostituta gli è stata insegnata la tecnica dello 'stop del pensiero' (avrebbe pensato a suo figlio con un cartello in mano con su scritto "STOP") e la 'dilazione della risposta' perché ogni momento trascorso lontano dalle prostitute costituiva di per sé una grossa fonte di rinforzo che contribuiva ad incrementare il suo senso di autoefficacia e di autostima (Galeazzi e Meazzini, 2004).

Inoltre, per ridurre la probabilità di emissione del comportamento inadeguato è stato necessario soffermarsi sul costo della risposta che tale azione avrebbe comportato (giorno dopo).

Con l'obiettivo di rendere pienamente partecipe ed attivo il paziente, favorendone la percezione di sé come concreto agente del cambiamento, è stato essenziale alla risoluzione del suo disturbo la condivisione del modello transteorico del cambiamento che ha permesso di prevenire l'eventuale ricaduta (Prochaska e DiClemente, 1986).

Inoltre, è stata effettuata in sede di colloqui la ristrutturazione cognitiva dei pensieri negativi e delle credenze disfunzionali e la psicoeducazione sugli schemi disfunzionali per favorire la conoscenza dei meccanismi alla base del proprio funzionamento (conflitto riattiva schemi precoci maladattivi).

Diario del pensiero con analisi funzionale e ristrutturazione dei pensieri negativi e delle credenze disfunzionali che seguivano i litigi con la compagna.

ACT: accettazione degli eventi passati.

Preghiera della serenità (Signore, dammi la serenità di accettare le cose che non posso cambiare, il coraggio di cambiare quelle che posso e la saggezza di comprendere la differenza), del programma di N/A a mò di flash card con lo scopo di uscire dalla logica dell'onnipotenza e dell'autocommiserazione (sono tutto Vs. non sono nulla).

3. Skill training proposto all'interno della terapia dialettico-comportamentale di Marsha Linehan (2001)

Il training delle abilità assertive ha aiutato il paziente a potenziare delle capacità di efficacia interpersonale.

Inoltre, il trattamento psicoterapeutico si è concentrato sull'aumento delle abilità di regolazione emozionale, mediante l'utilizzo di role-playing.

Ciò ha permesso a Giulio di imparare ad identificare e comprendere le proprie emozioni, specie quelle più intense come il dolore e la rabbia facendo attenzione a come queste possano influenzare il proprio comportamento e la capacità di gestione delle stesse.

Lavorando sulle emozioni il paziente si è percepito meno vulnerabile nel padroneggiarle ed ha gradualmente incrementato il suo livello di autostima ed autoefficacia.

La possibilità di verificare che le emozioni da lui provate non erano sempre disadattive ed inappropriate al contesto gli ha permesso di esprimerle in un ambiente protetto e non giudicante.

Un punto importante della psicoterapia è stato favorire una maggior tolleranza della sofferenza e all'angoscia, in quanto è stata promossa la possibilità di sperimentare e vivere i propri pensieri, emozioni e comportamenti senza pretendere che siano diversi e senza necessariamente reprimerli, modificarli o disapprovarli.

In quest'ottica sono state sviluppate abilità nucleari di mindfulness attraverso la pratica dello 'scan corporeo' al fine di acquisire abilità funzionali stabili quali ad esempio togliere le aspettative, imparare a non giudicare l'esperienza, apprendere che i pensieri sono solo pensieri, senza volere che le cose siano diverse da come sono.

Giulio ha sempre portato avanti gli 'homework' a casa una volta al giorno, registrando su un diario eventi significativi negativi, ciò che gli accadeva a livello cognitivo ed emotivo e ciò che il paziente percepiva.

Esito della terapia: Follow-up a 3, 6 e 12 mesi

Giulio riferisce di sentirsi soddisfatto di se stesso e della sua vita. Non ha più un'immagine totalmente negativa di sé e non percepisce il mondo esterno così minaccioso e le relazioni con gli altri potenzialmente lesive ed ostili.

Non ha mai più frequentato una prostituta.

Riferisce di non avere più pensieri ossessivi pervasivi.

Continua gli esercizi dello scan corporeo 2 o 3 volte la settimana.

Ha assunto l'incarico di tesoriere in N/A.

Ha iniziato una convivenza con la sua compagna, la quale aspetta un bambino.

Si prende cura di sé (esami diagnostici della carica virale dell'HCV, sport, alimentazione sana e regolare).

Bibliografia

- American Psychiatric Association APA (2001). *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.
- Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A. (2004). *Disturbo di panico e agorafobia. Manuale per chi soffre del disturbo*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Bagby R.M., Parker J.D., Taylor G.J. (1994). The 20 item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38: 23-32.
- Bierer L.M., Yehuda R., Schmeidler J., Mitropoulou V., New A.S., Silverman J.M., Siever L.J. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr*, 8: 737-754.

- Bonenti D., Meneghelli A. (2005). *Assertività e training assertivo*. Milano: FrancoAngeli.
- Bulli F., Melli G. (2010). *Mindfulness & acceptance in psicoterapia: la terza generazione della Terapia Cognitivo-Comportamentale*. Firenze: Eclipsi.
- Burns D.D. (1980). *Feeling Good: The New Mood Therapy*. London: Paperback.
- Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R. (2000). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 975-990.
- Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. (1973). SCL-90: An outpatient rating scale, preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9: 13-28.
- Fedrigli M. (2007). Brevi riflessioni circa i possibili meccanismi cognitivi della mindfulness. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 13(2).
- Fonagy P., Target M., Gergely G. (1999). Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. *Psychiatr Clin North America*, 23: 103-122.
- Galeazzi A., Meazzini P. (2004). *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Firenze: Giunti.
- Gambrill E.D., Richey C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6: 500-561.
- Giannantonio M., Boldorini A.L. (2007). *Autostima assertività e atteggiamento positivo. I fondamenti e la pratica della crescita personale*. Salerno: Ecomind.
- Gilbert P. (2009). Mente evoluta e compassione nella relazione terapeutica. In: Gilbert P., Leahy R. (a cura di). *La relazione terapeutica in terapia cognitivo comportamentale* (pp. 123-164). Firenze: Eclipsi.
- Gunderson J. G., Frank A.F., Ronningstam E.F., Wachter S., Lynch V.J., Wolf P.J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 177: 38-42.
- Kassel J.D., Wardle M., Roberts J.E. (2007). Adult attachment security and college student substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32: 1164-1176.
- Koenigsberg H.W., Harvey P.D., Mitropoulou V., Schmeidler J., New A.S., Goodman M., Silverman J.M., Serby M., Schopick F., Siever L.J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *Am. Journal of Psychiatry*, 159: 784-788.
- Lieb K., Zanarini M.C., Schmahl C., Linehan M.M., Bohus M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364: 453-461.
- Linehan M.M. (2001). *Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Majani G., Callegari S. (1998). *Sat-p. Satisfaction Profile. Soddisfazione soggettiva e qualità della vita*. Trento: Erickson.
- Miller W.R., Rollnick S. (2004). *Il colloquio motivazionale: preparare la persona al cambiamento*. Trento: Erickson.
- Narcotici Anonimi (1997). *Narcotici Anonimi*. California, USA: NA World Services Inc.
- Piccone Stella S. (2002). *Droghe e tossicodipendenza*. Bologna: il Mulino.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller W.R., Heather N. (Eds.). *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum Press.
- Sanavio E., Bertolotti G., Michielin P., Vidotto G., Zotti A. (1986). *CBA-2.0 Scale primarie*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Seligman M. (1996). *Imparare l'ottimismo*. Firenze: Giunti.
- Sperry L. (2004). *I disturbi di personalità*. Milano: McGraw-Hill.
- Spitzer R.L., Williams J.B., Gibbon M., First M.B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): history, rationale and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8): 624-9.
- Young J., Klosko J. (1994). *Reinventare la tua vita*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Young G.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. (2007). Schema Therapy, la terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità. Firenze: Eclipsi.
- Zimmerman G.L., Olsen C.G., Bosworth M.F. (2000). A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *Am Fam Physician*, Mar 1, 61(5): 1409-16.