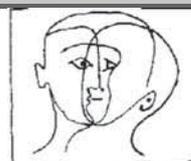


***Sintesi delle evidenze scientifiche
e delle linee guida per il trattamento
psicologico dei Disturbi Borderline
e Antisociale di Personalità***



Giuseppe Nicolò*, Carla Azzara**, Veronica Cantelmi**,
Claudio Contrada**, Giorgio Mozzetta**

Ricevuto il 17 giugno 2023

Accettato il 19 giugno 2023

Sommario

Negli ultimi anni la classificazione dimensionale dei disturbi di personalità e lo sviluppo di trattamenti manualizzati hanno concorso a una nuova concettualizzazione di tali disturbi. Pertanto, si rende necessaria la messa in atto di trattamenti clinici basati su evidenze e buone pratiche, tramite l'applicazione di linee guida internazionali per il trattamento dei disturbi di personalità. Ciò premesso, l'obiettivo del presente elaborato è quello di analizzare le principali linee guida per quel che concerne il trattamento del Disturbo Borderline (BPD) e del Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD), al fine di individuare quali sono i trattamenti raccomandati e con maggior prova di efficacia. A tale scopo sono stati presi in esame due tra i più autorevoli contributi: quello del National Institute of Health and Care Excellence (NICE) e quello dell'American Psychiatric Association (APA). Inoltre, vista la necessità di fornire evidenze scientifiche aggiornate, oltre alle linee guida sono state poi prese in considerazione recenti rassegne e metanalisi sul trattamento dei disturbi in esame. In conclusione, in linea con la nuova concettualizzazione dimensionale proposta nella III sezione del DSM-5, la letteratura sembra suggerire al clinico una maggiore attenzione all'aspetto dimensionale dei disturbi di personalità all'interno dell'intervento psicoterapico, perché permette di utilizzare tratti e domini specifici per l'impostazione di un intervento più mirato.

Parole chiave: linee guida, NICE, APA, Cochrane, Disturbo Borderline di Personalità, Disturbo Antisociale di Personalità.

* Scuola Italiana Cognitivismo Clinico (SICC), viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma; Terzocentro psicoterapia Cognitiva, via Ravenna, 9C – 00161 Roma; e-mail: gnicolo66@gmail.com.

** Scuola Italiana Cognitivismo Clinico (SICC), viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma; e-mail: carlaazzara27@gmail.com; veronica.cantelmi@gmail.com; claudio.contrada87@gmail.com; giorgiomozzetta@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 52/2023
DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16173

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

Summary of scientific evidence and guidelines for the psychological treatment of Borderline and Antisocial Personality Disorders

Abstract

In the last years, the dimensional classification of Personality Disorders and the development of manualized treatments have contributed to a new conceptualization of these disorders. Therefore, it is necessary to implement evidence-based clinical treatments and good practices, through the application of international guidelines for the treatment of personality disorders. This paper aims to analyze the main guidelines from recent literature regarding the treatment of Borderline Personality Disorder (BPD) and Antisocial Personality Disorder (ASPD) and to identify which are the recommended treatments with greater efficacy. For this reason, two of the most authoritative sources of international guidelines were examined: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and the American Psychiatric Association (APA). Furthermore, given the need to provide updated scientific evidence, in addition to the guidelines, recent reviews and meta-analyses on the treatment of disorders in question were considered. In conclusion, the literature suggests that clinicians pay greater attention to the dimensional aspect of personality disorders within the psychotherapeutic intervention because it allows the use of specific traits and domains for setting up a more targeted intervention.

Keywords: guidelines, NICE, APA, Cochrane, Borderline Personality Disorder, Antisocial Personality Disorder.

Introduzione

Negli anni la ricerca orientata sugli interventi rivolti ai Disturbi di Personalità, sviluppati secondo costrutti e modelli teorici coerenti, ha permesso di diffondere trattamenti manualizzati di comprovata efficacia, tra i quali la Dialectical Behavior Therapy (Linehan, 1993), la Transference Focused Psychotherapy (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006), e il Mentalization Based Treatment (Bateman & Fonagy, 2006) in termini di modificazioni di specifici fattori dimensionali, impulsività e metacognizione.

Diversi interventi, seppur efficaci, tendono ad agire su differenti dimensioni e aspetti psicopatologici, questo porta la ricerca a mantenere il suo focus sull'efficacia dei trattamenti basati sui modelli più recenti come la Terapia Metacognitiva Interpersonale (Dimaggio *et al.*, 2007; Carcione *et al.*, 2021) e la Schema Therapy (Young, Klosko & Weishaar, 2007).

Lo sviluppo di trattamenti psicoterapici manualizzati e la classificazione dimensionale dei disturbi di personalità proposta nel DSM-5, hanno concorso allo sviluppo di una nuova concettualizzazione dei Disturbi di Personalità (DP), che smentisce il presupposto di immodificabilità della struttura di

personalità e apre la possibilità a diverse prospettive in termini di prognosi e trattamento.

Nell'ultima edizione del DSM viene infatti presentato, nella sezione III, un modello dimensionale per i disturbi di personalità. Questo permette al clinico un ragionamento rivolto al funzionamento della personalità e ai tratti di personalità patologica non limitandosi alla sola diagnosi nosografica. I disturbi di personalità, in questo nuovo modello, sono caratterizzati da due elementi principali, ovvero la compromissione del funzionamento della personalità su un piano identitario e interpersonale e la presenza di tratti di personalità patologici.

Pertanto, al fine di mettere in atto una pratica clinica basata sull'evidenza e sulle buone pratiche, si rende necessaria una disamina sistematica dei principali approcci psicoterapici che risultano essere efficaci nel trattamento dei Disturbi di Personalità, con particolare focus sul Disturbo Borderline e sul Disturbo Antisociale di Personalità.

Linee guida esistenti

Vengono di seguito illustrate le principali linee guida internazionali esistenti per le raccomandazioni di trattamento del Disturbo Borderline e del Disturbo Antisociale di Personalità.

Purtroppo, non è disponibile una grande produzione di documenti di indirizzo e raccomandazioni per il trattamento dei disturbi di personalità in generale, e dei due disturbi di personalità in oggetto in particolare. Inoltre, nonostante l'esplosione messa a punto di nuovi trattamenti psicoterapici con focus sui DP, non è ancora stato prodotto un aggiornamento delle LG in merito. Probabilmente, il mancato aggiornamento è comprensibile alla luce della mancanza di sufficienti e omogenei studi di efficacia sui trattamenti. Tale osservazione incoraggia la prosecuzione della ricerca in tal senso.

Linee guida NICE (2009; 2013; 2015): una visione di insieme

Le linee guida NICE si propongono di sviluppare un modello multidisciplinare per il trattamento del Disturbo Borderline e Antisociale di Personalità. Tale organismo indipendente e no profit anglosassone è un punto di riferimento anche italiano per la similarità dei sistemi sanitari.

Le linee guida sono applicabili per entrambi i disturbi a soggetti di età pari o superiore ai 18 anni di età. Si ribadisce che la diagnosi di disturbo

di personalità in età inferiore ai 18 anni è controversa e ad alto tasso di inappropriatazza.

I disturbi di personalità borderline e antisociale sono due condizioni distinte, che si manifestano con modalità differenti e che prevedono percorsi di cura diversi.

I due disturbi sono stati raggruppati nell'edizione di un unico documento per riportarne la somiglianza negli approcci terapeutici e non per ipotizzare una sovrapposizione tra le due condizioni.

Il modello di trattamento proposto è articolato in sette punti che prevedono:

1. *Una valutazione clinica strutturata:* prevede che i professionisti della salute mentale utilizzino una valutazione clinica strutturata per diagnosticare il Disturbo di Personalità Borderline o Antisociale. Il rationale che guida l'indicazione deriva dall'osservazione relativa alla complessità nell'identificazione diagnostica dei disturbi borderline e antisociale di personalità. Spesso, infatti, gli utenti hanno bisogno di un supporto che vada oltre l'assistenza sanitaria e questo rende complessa la pianificazione dell'assistenza. L'esecuzione di una valutazione strutturata utilizzando strumenti riconosciuti è essenziale per identificare una serie di sintomi, fare una diagnosi accurata e riconoscere le comorbidità.

La valutazione clinica strutturata dovrebbe essere effettuata utilizzando uno strumento standardizzato e convalidato. I principali strumenti disponibili per la diagnosi dei disturbi di personalità borderline e antisociali includono:

- Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) (Zanarini *et al.*, 1987);
- Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II) (First *et al.*, 1997);
- Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) (Pfohl *et al.*, 1995);
- International Personality Disorder Examination (IPDE) (Loranger *et al.*, 1994);
- Personality Assessment Schedule (PAS) (Tyrer & Alexander, 1979);
- Standardized Assessment of Personality (SAP) (Mann *et al.*, 1981).

La valutazione clinica strutturata dovrebbe essere effettuata utilizzando uno strumento standardizzato e convalidato. I principali strumenti disponibili per la diagnosi dei disturbi di personalità borderline e antisociali includono:

- Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) (Zanarini *et al.*, 1987);

- Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5 PD) (First *et al.*, 2016);
 - Structured Clinical Interview for DSM-5 Alternative Model Personality Disorders (SCID-5 AMPD) (First *et al.*, 2018);
 - Personality Assessment Inventory (PAI) (Morey, 2016);
 - Personality Assessment Inventory-Adolescent (PAI-A) (Morey, 2021);
 - International Personality Disorder Examination (IPDE) (Loranger *et al.*, 1994);
 - Personality Assessment Schedule (PAS) (Tyrer & Alexander, 1979);
 - Standardized Assessment of Personality (SAP) (Mann *et al.*, 1981).
2. *L'erogazione di trattamenti psicologici per persone con Disturbo Borderline di Personalità*: viene indicata la necessità di offrire terapie psicologiche alle persone con Disturbo Borderline di Personalità che li aiutino a gestire la loro condizione. È raccomandato di concordare con i pazienti la tipologia di trattamento, la durata delle sedute e la frequenza della terapia che ricevono. Non vengono tuttavia identificati specifici trattamenti psicoterapici.
 3. *L'erogazione di terapie psicologiche per persone con Disturbo Antisociale di Personalità*: viene raccomandata l'offerta di terapie cognitive e comportamentali di gruppo alle persone con Disturbo Antisociale di Personalità, concordate con l'utente termini di durata e intensità.
 4. *Le indicazioni per il trattamento farmacologico*: secondo le linee guida, i farmaci antipsicotici e stabilizzatori sono risultati utili nella gestione a breve termine delle crisi (la durata del trattamento non deve essere superiore a 1 settimana) o nel trattamento delle condizioni di comorbidità. Tuttavia, nessun farmaco ha dimostrato l'efficacia nel trattamento o nella gestione del Disturbo di Personalità Borderline o Antisociale.
 5. *Indicazioni per il passaggio tra curanti, tra servizi o per la sospensione del trattamento (continuità assistenziale)*: le linee guida identificano durante eventuali cambiamenti nel trattamento (di curante o di tipologia di trattamento o di servizio) il momento in cui spesso si verificano comportamenti autolesionistici e tentativi di suicidio. Pertanto, risulta di fondamentale importanza discutere con l'utente i cambiamenti in anticipo ed elaborare un piano strutturato e graduale, ritenuto accettabile per il paziente. Deve inoltre essere previsto un accesso facilitato ai servizi qualora dovesse insorgere una crisi. L'integrazione dei servizi è importante per stabilire percorsi chiari per le transizioni tra servizi e agenzie e per garantire assistenza e supporto ben organizzati.
- I cambiamenti nel processo terapeutico che necessitano di particolare attenzione includono, ma non sono limitati a:

- il passaggio da un servizio a un altro;
 - trasferimenti da strutture ospedaliere e di detenzione a strutture comunitarie;
 - la transizione dai servizi di salute mentale per bambini e adolescenti ai servizi di salute mentale per adulti;
 - l'interruzione del trattamento a seguito di una crisi;
 - l'interruzione del trattamento o della presa in carico dei servizi;
 - la fine del trattamento o della presa in carico dei servizi;
 - eventuali modifiche alla relazione terapeutica.
6. *Prevedere il raggiungimento di obiettivi di istruzione scolastica e di inserimento lavorativo nel piano terapeutico riabilitativo*: nonostante la sintomatologia dei disturbi di personalità borderline e antisociale possa spesso essere migliorata con gli interventi terapeutici, le persone con tali disturbi spesso riscontrano difficoltà per quel che concerne l'inserimento nella comunità e gli aspetti lavorativi. Pertanto, le linee guida NICE raccomandano che gli operatori sanitari e sociali sviluppino piani di assistenza multidisciplinari in collaborazione con gli utenti, al fine di identificare obiettivi a breve termine come l'assistenza sociale e il supporto abitativo. Inoltre, questi piani di assistenza dovrebbero anche considerare gli obiettivi a lungo termine per l'istruzione e l'occupazione.
7. *Supervisione del personale che ha in carico soggetti con Disturbo di Personalità Borderline o Antisociale*: i professionisti della salute mentale che prendono in carico persone con Disturbo di Personalità Borderline o Antisociale dovrebbero sottoporsi a supervisione costante, prevedendo con chiarezza la frequenza e le modalità.
- Alcuni professionisti della salute mentale, infatti, possono trovare difficile lavorare con persone con Disturbo di Personalità Borderline o Antisociale. Le persone con disturbo di personalità possono avere difficoltà di comunicazione, nella costruzione di relazioni di fiducia e nel rispettare i confini. Questo può essere estremamente stressante per il personale e talvolta può provocare atteggiamenti negativi verso questa tipologia di utenti. Pertanto, il livello e la frequenza del supporto e della supervisione che i professionisti della salute mentale ricevono devono essere adattati al loro ruolo e alle esigenze individuali.
- La supervisione del personale può essere focalizzata sul monitoraggio delle prestazioni, sul supporto del singolo professionista o su un mix di entrambi questi obiettivi.
- La supervisione del personale dovrebbe:
- fare uso dell'osservazione diretta (ad esempio, registrazioni audio/video di sedute) e misurazioni dei risultati di routine

- supportare l’adesione all’intervento specifico
- promuovere la coerenza e l’affidabilità terapeutica generale
- contrastare gli atteggiamenti negativi del personale.

Linee guida NICE (2013; 2015): focus sul Disturbo Antisociale di Personalità. Indicazioni al trattamento

Quando si parla di Disturbo Antisociale di Personalità (DASP) emerge una significativa problematicità nel panorama dell’evidenza.

Ad oggi, infatti, esistono scarsi studi EBM nei trattamenti per pazienti con DASP, a causa di un numero insufficiente di studi. Crescenti ricerche suggeriscono che il Disturbo Antisociale di Personalità si sviluppi e si mantenga a causa di un’interazione biologica (genetica/fisiologica/neurobiologica) e fattori ambientali.

Negli ultimi anni il dibattito è stato rivolto verso i criteri diagnostici, molto centrati sui comportamenti osservabili, piuttosto che sulle dimensioni di personalità, come ben descritto nella sezione III del DSM-5.

Il modello alternativo pone un’ enfasi maggiore sulle dimensioni personologiche permettendo al clinico maggiori manovre di intervento.

La linea guida NICE sul Disturbo Antisociale di Personalità fornisce raccomandazioni sui trattamenti, sulla gestione e la prevenzione sia nel contesto sanitario che in quello forense, mettendo in luce come, spesso, una delle problematicità di chi è affetto da questo disturbo è che viene escluso dai trattamenti e dai servizi a causa della difficile gestione.

L’attenzione viene posta in particolare al contesto familiare, per poi passare ai tratti di personalità fino ad arrivare ai risvolti sociali e viene sottolineata come la variabilità del decorso non esclude un recupero nel tempo, anche se, alcuni individui continuano a manifestare problematiche sociali e interpersonali.

Dalle linee guida emerge come elemento centrale la relazione attraverso la creazione di un clima di fiducia e affidabilità e il mantenimento di un atteggiamento non giudicante e coerente per creare un clima di ottimismo evitando un approccio potenzialmente punitivo, che aumenterebbe il drop out.

Quando si valuta una persona con possibile Disturbo Antisociale di Personalità, professionisti sanitari nei servizi di salute mentale e nei servizi forensi dovrebbero condurre una valutazione completa dei comportamenti antisociali; del funzionamento della personalità, delle strategie di coping, dei punti di forza e delle vulnerabilità.

Viene sostenuta l’importanza di valutare la possibile comorbidità con al-

tri disturbi (inclusi depressione e ansia, abuso di droghe o alcol, Disturbo Post-Traumatico da Stress e altri disturbi della personalità); la necessità di cure psicologiche, assistenza sociale, sostegno e lavoro, riabilitazione o sviluppo; violenza domestica e abusi.

Le strutture forensi o specializzate sui disturbi di personalità sono indicate come più adeguate per la valutazione del rischio di violenza, devono tenere conto di questa sia nel momento attuale che nella storia del soggetto, inclusa la gravità, le circostanze, i precipitanti e le vittime; la presenza di disturbi mentali in comorbidità e/o abuso di sostanze; attuali fattori di stress, relazioni ed eventi della vita; ulteriori informazioni sono da reperire attraverso documenti scritti o da familiari e caregiver (previo consenso), perché la persona con personalità antisociale potrebbe non essere sempre una fonte affidabile di informazioni. L'invio di questi paziente ai servizi specializzati o forensi dovrebbe essere preso in considerazione nel momento in cui vi è un comportamento violento o minaccioso che suggerisca un rischio significativo, la possibilità di un episodio di grave violenza, compresi comportamenti predatori o quando la violenza potrebbe riguardare bambini o altre persone vulnerabili.

Molto importante è la valutazione dei pregressi storici di violenza che dovrebbero essere una guida sul piano manageriale nello sviluppo di una previsione di rischio di violenza futura. Il personale dei servizi di salute mentale di cure secondarie dovrebbe prendere in considerazione un invio a servizi forensi laddove siano presenti violenza o minaccia in atto che suggerisca un rischio immediato o interruzione del trattamento, così come una storia di violenza grave, inclusi reati predatori o attacchi ai bambini o altre persone vulnerabili.

In ambito forense viene marcata l'importanza di una valutazione che dia indicazione sulla gravità del disturbo e sulla presenza di una psicopatia, individuando come strumenti elettivi la Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) (Caretta *et al.*, 2011) che fornisce una valutazione affidabile del costrutto di psicopatia o la PCR-SV versione abbreviata e la Historical Clinical Risk (HCR-20) (Caretta *et al.*, 2019) per la valutazione del rischio di recidiva.

Quando viene fatta diagnosi di DASP è buona prassi che il caso vada discusso con la persona, i familiari e il personale che lo segue per eliminare la possibile stigmatizzazione ed esclusione dai servizi. L'intervento indicato è basato su terapie cognitive e comportamentali di gruppo in cui viene sottolineato come si debba dare una continuità di trattamento cercando di prevenire l'interruzione e tenerne conto nella pianificazione iniziale dell'intervento.

Le linee guida NICE raccomandano terapie psicologiche per la gestione e il trattamento dei sintomi e dei comportamenti associati alla personalità antisociale.

In particolare, la Terapia Cognitivo-Comportamentale basata sul gruppo aiuta ad affrontare problemi come impulsività, difficoltà interpersonali e comportamento antisociale e può facilitare la riduzione di comportamenti offensivi. A causa della varietà dei sintomi e dei bisogni, gli approcci devono mostrare un'elevata flessibilità per essere in grado di adattarsi alle diverse realtà. Coinvolgere le persone con il Disturbo Antisociale di Personalità nelle decisioni sulla propria cura è la chiave principale per integrarli nel trattamento.

Nella fase iniziale di un trattamento così come durante tutto l'intervento, erogato in contesti istituzionali e residenziali, è fondamentale prestare attenzione alla motivazione e all'impegno a causa dell'elevata vulnerabilità al *drop out* in questi pazienti.

È altresì importante mettere in condizione le persone con DASP di poter scegliere o meno il coinvolgimento dei propri familiari nel percorso di cure, considerando anche i bisogni delle famiglie, prestando attenzione all'impatto di comportamenti antisociali e violenti sulla stessa e le conseguenze di un significativo abuso di droghe o alcol oltre che le esigenze e i rischi per eventuali bambini presenti in famiglia e della tutela dei loro interessi.

Per le persone considerate ad alto rischio le Istituzioni sanitarie dovrebbero sviluppare un piano di gestione integrato coinvolgendo i servizi sanitari, sociali e legali. I servizi sociali che si occupano della messa alla prova dovrebbero guidare la persona sia quando si trova in uscita finale di esperimento, dopo aver scontato un periodo di reclusione, o presso una REMS o in carcere, sia durante le licenze dagli stessi istituti, con i servizi di salute mentale e servizi di assistenza sociale che forniscono una rete di supporto e un collante lavorativo.

Le raccomandazioni sono state strutturate su quattro punti necessari per affrontare le limitazioni nate dall'assenza di studi e dalle poche prove di efficacia disponibili:

1. interventi mirati specificamente a Disturbo Antisociale di Personalità;
2. il trattamento e la gestione dei sintomi e comportamenti associati al Disturbo Antisociale di Personalità, come l'impulsività e l'aggressività;
3. il trattamento di disturbi concomitanti come la depressione e l'abuso di droghe;
4. la gestione del comportamento antisociale e lesivo della altrui incolumità.

Il focus dei diversi interventi è rivolto al comportamento aggressivo, anche se gli interventi hanno dimostrato un potenziale anche sulle altre dimensioni, con conseguente beneficio per sé e per gli altri.

Per tutte le persone con diagnosi di Disturbo Antisociale di Personalità, a prescindere dal luogo di cura o internamento e dalla presenza o meno di una dipendenza, è considerato elettivo l'intervento cognitivo comportamentale di gruppo, al fine di affrontare problemi come impulsività, difficoltà interpersonali e comportamento antisociale.

Qualora il paziente abbia commesso reati si dovrebbe sempre considerare l'opportunità di offrire interventi cognitivo-comportamentali basati sul gruppo, incentrati sulla riduzione dei comportamenti antisociali e sulla recidiva.

Nell'erogazione di un intervento di gruppo cognitivo-comportamentale è fondamentale incoraggiare e supportare i partecipanti durante tutto il percorso, anche per chi è sottoposto a obbligo di cure, regolando l'intensità e la durata dell'intervento in base alla valutazione del rischio e ricordando che a tutti i livelli di rischio i pazienti possono trarre beneficio.

Nel Disturbo Antisociale di Personalità o nei comportamenti associati ad aggressività, rabbia e impulsività, gli interventi farmacologici non dovrebbero essere utilizzati come trattamento di routine. In particolare, per le persone che assumono impropriamente sostanze, è importante fornire supporto psicologico e/o farmacologico come da linee guida specifiche. Nel caso ci sia un abuso di sostanze è bene considerare l'invio a comunità terapeutica specializzate nel trattamento delle dipendenze.

All'interno della popolazione affetta da Disturbo Antisociale di Personalità c'è una piccola percentuale che soddisfa i criteri di Psicopatia o di quello che gli anglosassoni definiscono Dangerous and Severe Personality Disorder (Disturbo di Personalità Grave e Pericoloso) su cui gli esiti degli interventi sono assenti o ridotti. In assenza di prove per il trattamento del DASP e psicopatia, le raccomandazioni sono estrapolate dal trattamento del Disturbo Antisociale di Personalità adattando l'intervento attraverso l'estensione delle sessioni gruppali a quelli individuali, con sessioni di richiamo, follow up costanti e monitoraggi ravvicinati.

Il personale che fornisce interventi a persone che soddisfano i criteri per la psicopatia o DASP dovrebbero ricevere una frequente supervisione e un alto livello di supporto. Il personale dovrebbe essere formato adeguatamente sia per i servizi di base sia per quelli specializzati. Questo dovrebbe essere fornito da una rete di professionisti di diverse agenzie che collaborano insieme, assumendosi un ruolo centrale nello sviluppo degli standard e nel coordinamento dei percorsi di cura monitorando l'efficacia dei percorsi clinici.

Di vitale importanza è il lavoro di integrazione tra le diverse istituzioni che si occupano di tali pazienti oltreché una chiarezza nel percorso che possa garantirne l'efficacia specificando e chiarendo punto per punto gli interventi

disponibili e consentendo in tal modo una comunicazione efficace tra medici e servizi in ogni momento e fornendo i mezzi per risolvere differenze e/o eventuali disaccordi. Occorre inoltre stabilire criteri chiari e concordati che permettano all'utente di muoversi tra i servizi. Per quanto possibile, criteri oggettivi e condivisi dovrebbero essere sviluppati in relazione alla valutazione globale del bisogno, del rischio e della trattabilità.

A causa della complessità e dei tempi lunghi del trattamento gli interventi dovrebbero essere effettuati da servizi forensi o da servizi specialistici per i disturbi della personalità.

Mentre per i minori autori di reato con una storia di comportamenti criminali che sono all'interno di un servizio istituzionale, è opportuno che l'intervento di gruppo cognitivo comportamentale si concentri alla riduzione di comportamenti offensivi e altri comportamenti antisociali.

Gli interventi psicologici, riportati dalla linea guida, offerti ai bambini che manifestano aggressività a scuola, mirano al controllo della rabbia, attraverso un numero di tecniche cognitivo comportamentali come:

- il *Cognitive Problem-Solving Skills Training* (Kazdin *et al.*, 2010), un intervento che mira a ridurre la condotta problematica dei bambini insegnando loro risposte diverse alle diverse situazioni interpersonali in una cornice cognitiva con tecniche comportamentali con particolare attenzione ai processi di pensiero. Il training comprende l'insegnamento di un approccio graduale alla risoluzione dei problemi interpersonali, compiti strutturati come giochi e storie per aiutare lo sviluppo delle abilità combinando diverse tecniche, tra cui *modeling*, la pratica, il *role-playing* e il rinforzo;
- il *Self-talk* (Hatzigeorgiadis, 2006) il dialogo interno viene utilizzato come parte dell'addestramento per la gestione della rabbia. Inoltre, vengono indicati trattamenti come la Terapia familiare strategica breve, un intervento che ha un focus sistemico ed è influenzato da altri approcci. Gli elementi principali includono il coinvolgimento e il sostegno della famiglia, l'identificazione delle interazioni familiari disadattive cercando di promuovere scambi adattivi;
- la *Functional Family Therapy* (Alexander *et al.*, 2013) in cui l'elemento principale consiste nel coinvolgimento e nella motivazione della famiglia al trattamento, nella risoluzione dei problemi e nel cambiamento del comportamento attraverso la formazione dei genitori e della loro comunicazione, tentando di generalizzare il cambiamento dei comportamenti specifici per influenzare positivamente le interazioni sia all'interno della famiglia che in altri contesti come le scuole;

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

- la *Multidimensional Treatment Foster Care* (Fisher *et al.*, 2000), rivolta a bambini o ragazzi in affido, utilizza strategie della terapia familiare e comportamentale per intervenire direttamente sia sui sistemi che sui processi legati ai comportamenti antisociali. Include un gruppo di sostegno per i genitori affidatari con i genitori biologici dei bambini;
- la *Multisystemic Therapy* che utilizza strategie di terapia familiare e terapia comportamentale per intervenire direttamente sui sistemi e nei processi relativi al comportamento antisociale;
- il *Parent-training* (Hawkins *et al.*, 2019) questo intervento mira a insegnare alle famiglie la gestione del comportamento dei bambini, aumentando la competenza e la fiducia dei genitori nell'educazione dei figli e migliorare il rapporto genitore figlio, utilizzando una buona comunicazione e un'attenzione positiva per aiutare lo sviluppo del bambino. Esempi di programmi ben sviluppati sono il Triple P, definito come Positive Parenting Program (Sanders *et al.*, 2000; 2014) e Webster-Stratton (Webster-Stratton *et al.*, 1988);
- il *Social Problem Skills Training* (Elias *et al.*, 1992), una forma specifica di training che mira alla risoluzione di problemi cognitivi modificando i processi di valutazione interpersonale del bambino e sviluppando una maggiore comprensione delle credenze e dei desideri negli altri, migliorando la capacità del bambino di regolare le proprie risposte emotive, che si è dimostrato efficace nella prevenzione delle condotte di bullismo.

Nel trattamento dell'adulto con Disturbo Antisociale di Personalità le prove sono limitate e i risultati degli interventi sono modesti. Questo porta a sottolineare come la prevenzione rivolta ai bambini, agli adolescenti a rischio e alle loro famiglie abbia un grande valore.

La linea guida NICE fornisce principi generali per gli operatori dei servizi di dell'età dello sviluppo invitandoli a bilanciare lo sviluppo dell'autonomia e delle capacità del giovane con la responsabilità genitoriale e a conoscere il quadro giuridico e sanitario che si applica ai minori. I servizi rivolti all'età evolutiva dovrebbero stabilire metodi affidabili per identificare bambini a rischio di problematiche della condotta, concentrandosi sull'identificazione dei genitori vulnerabili come ad esempio genitori problematici con patologie psichiatriche o con dipendenza, madri di età inferiore ai 18 anni, con una particolare attenzione a quelle con una storia di maltrattamenti durante l'infanzia, genitori con una storia di assistenza residenziale o anche genitori con significativi contatti precedenti o attuali con il sistema giuridico.

Linee guida NICE (2009; 2013; 2015): focus sul Disturbo Borderline di Personalità. Indicazioni al trattamento

Il documento fornisce delle raccomandazioni per il trattamento e la gestione del Disturbo Borderline di Personalità, sia in età adulta che nei giovani al di sotto dei 18 anni, che soddisfano i criteri per la diagnosi.

I principi generali presenti nelle linee guida sono riferibili a tutte le persone con Disturbo Borderline di Personalità; tuttavia, le raccomandazioni sul trattamento sono dirette soprattutto alle forme più gravi del disturbo.

Inoltre, nonostante la frequente comorbilità con depressione, disturbi d'ansia, DCA, PTSD, abuso di alcol e droghe, Disturbo Bipolare, queste linee guida NICE non prevedono la gestione delle diverse condizioni co-presenti.

Per prima cosa, le LG sottolineano la necessità di non escludere a priori le persone con BPD dai servizi di assistenza sanitaria o sociale a causa della loro diagnosi o a causa di lesioni autoinflitte.

I giovani con diagnosi di BPD o che presentano sintomi e comportamenti che possano suggerire tale diagnosi, dovrebbero comunque usufruire dei trattamenti e dei servizi raccomandati nelle linee guida, ma ciò dovrà avvenire all'interno dei CAMHS (*Child and Adolescent Mental Health Services*), ovvero dei servizi ambulatoriali di neuropsichiatria infantile.

Il trattamento e l'accesso ai servizi deve essere assicurato ed erogato in maniera paritaria anche a persone di colore o appartenenti a minoranze etniche, ciò tenendo sempre presente il retroterra culturale e le necessità cliniche. È importante tener conto anche dell'aspetto linguistico poiché, se questo dovesse risultare un impedimento all'accesso ai servizi, sarebbe consigliato fornire alle persone informazioni e trattamenti erogati nella loro lingua di preferenza, oltre alla possibilità di utilizzare degli interpreti.

Le NICE tengono conto anche della possibile co-presenza, in persone con BPD, di disturbi dell'apprendimento.

In tali casi è consigliato effettuare le fasi di assessment e diagnosi consultando dei servizi specializzati in tali disturbi.

Per quel che concerne il trattamento, le linee guida NICE consigliano di lavorare in maniera collaborativa con le persone con BPD per sviluppare la loro autonomia e promuovere la capacità di scelta, assicurando il loro coinvolgimento attivo nella ricerca di soluzioni ai loro problemi anche durante le crisi, incoraggiandole a considerare le diverse opzioni di trattamento e le scelte di vita a disposizione, spiegando anche quali saranno gli effetti di tali scelte.

Un ulteriore obiettivo, ritenuto importante, è lo sviluppo di una relazione di fiducia, da promuovere attraverso l'esplorazione delle opzioni di trattamento in un clima ottimistico, spiegando al paziente che la ripresa è possibile.

È necessario, in quest'ottica, lavorare in maniera aperta coinvolgendo il paziente, cercando di mantenere il più possibile un atteggiamento non giudicante e allo stesso tempo che risulti coerente e affidabile. Tutto ciò tenendo sempre presente che molte persone avranno sperimentato rifiuti, abusi e traumi e incontrato lo stigma che spesso si associa all'autolesionismo e al DBP.

Secondo le linee guida inoltre è indispensabile il coinvolgimento di familiari e caregiver nella presa in carico della persona con DBP.

Si consiglia di chiedere apertamente alla persona con BPD se desidera coinvolgere la famiglia o i caregiver nel trattamento, assicurando il diritto alla riservatezza.

Viene, tuttavia, incoraggiato il coinvolgimento di tali figure di riferimento, dopo essersi assicurati che ciò non comporterebbe a un drop out da parte della persona o, addirittura, a un mancato accesso ai servizi.

In caso di coinvolgimento, si consiglia di informare i familiari e i caregiver sull'eventuale presenza di gruppi di sostegno a loro dedicati.

Nel caso di presa in carico di minori con diagnosi di BPD presso i servizi di neuropsichiatria infantile, è necessario bilanciare la promozione e lo sviluppo dell'autonomia del minore con le responsabilità dei genitori della persona o dei suoi caregiver.

Nella fase di assessment, il NICE inserisce nelle linee guida alcuni principi da rispettare per effettuare l'assessment con persone con BPD.

Consiglia, infatti, di spiegare chiaramente come si svolgerà il processo di assessment, di utilizzare un linguaggio quanto più possibile non tecnico e di spiegare la diagnosi di BPD e ciò che significa concretamente. A seguito di questa fase si consiglia di proporre un supporto alla persona soprattutto se durante l'assessment sono stati trattati aspetti delicati, ad esempio un trauma infantile.

Rispetto alla gestione delle interruzioni del trattamento e supporto alle transizioni, si consiglia di prevedere che sospensione e fine del trattamento di persone con BPD, così come il trasferimento da un servizio all'altro, potrebbero evocare emozioni difficili da gestire e reazioni forti.

In questo caso il NICE consiglia di assicurarsi che tali cambiamenti siano discussi anticipatamente con la persona e, se necessario, con i familiari e che questo avvenga in maniera ben strutturata e graduale. Inoltre, è consigliato assicurarsi che il piano di trattamento supporti la collaborazione effettiva con altre strutture o professionisti, includendo la possibilità di accedere ai servizi in occasione delle crisi, oltre ad assicurarsi che al momento dell'invio ad altri servizi (incluso il trattamento psicologico) il paziente venga precedentemente informato e poi supportato durante il passaggio, sempre dopo aver ottenuto il suo consenso. Per quanto riguarda il passaggio di ragazzi con BPD dalla neu-

ropsichiatria infantile ai servizi per adulti, è importante che i due servizi collaborino per minimizzare gli effetti negativi, programmando il trasferimento in base alle esigenze della persona anche dopo il compimento del diciottesimo anno di età, oppure proseguire con il trattamento all'interno dei servizi per minori anche oltre il diciottesimo anno di età se c'è il rischio che il paziente possa abbandonare il percorso, non rivolgendosi ai servizi per adulti.

Rispetto alla pianificazione del trattamento, le linee guida in questo caso sottolineano l'importanza di sviluppare piani terapeutici multidisciplinari, sempre in collaborazione con l'utente e, ove concordato, con i suoi familiari.

Il piano terapeutico dovrebbe innanzitutto identificare chiaramente i ruoli e responsabilità di tutti i professionisti coinvolti; dovrebbe identificare obiettivi a breve termine e specificare gli step che la persona e le altre figure effettueranno per raggiungere gli stessi.

Successivamente si dovranno identificare gli obiettivi a lungo termine, anche da un punto di vista occupazionale e lavorativo, che dovrebbero guidare la strategia generale di trattamento; ciò che è importante è che questi obiettivi siano realistici e collegati a quelli a breve termine. Il piano terapeutico, inoltre, dovrebbe prevedere un programma di gestione delle crisi che permetta di identificare le potenziali cause scatenanti, di specificare le strategie di self-management e che stabilisca chiaramente le modalità con le quali accedere ai servizi quando tali strategie non bastano.

Tale piano dovrebbe essere condiviso con il medico di medicina generale e con l'utente del servizio.

Relativamente alla valutazione e gestione del rischio nella presa in carico di persone con DBP, il NICE consiglia, nella fase di assessment generale, di valutare anche i rischi differenziando tra quelli più imminenti e quelli prevedibili nel lungo periodo e identificare i rischi per sé e per gli altri (compresi eventuali figli a carico).

In seguito, sarà importante sviluppare piani di gestione del rischio in collaborazione con la persona e tenendo conto degli eventuali cambiamenti nelle relazioni interpersonali, compresa quella con il terapeuta, coinvolgendo l'intero team multidisciplinare (quando presente) nella gestione dei rischi attraverso la costante supervisione di tutti i membri del team, specialmente quelli con minor esperienza.

Quando si considera il trattamento psicologico per persone con DBP, le linee guida consigliano di tenere conto innanzitutto delle preferenze dell'utente del servizio, del grado di compromissione e la gravità del disturbo, della disponibilità della persona a impegnarsi con la terapia, la motivazione al cambiamento, la capacità di rispettare i confini della relazione terapeutica e la disponibilità del supporto personale e professionale.

Quando, invece, si implementa il trattamento per persone con BPD o per una condizione in comorbidità si consiglia di fornire informazioni sul trattamento psicologico preso in considerazione. In questo modo la persona potrà effettuare una scelta consapevole, un'occasione per discutere anche di informazioni che riguardano l'efficacia dei diversi tipi di trattamento disponibili.

A tal proposito, si consiglia di prendere in considerazione alcune caratteristiche specifiche del trattamento da proporre all'utente:

- un approccio teorico integrato utilizzato dall'intera équipe (compreso il terapeuta) e che sia condiviso con l'utente;
- un trattamento strutturato in accordo con le linee guida NICE;
- disponibilità della supervisione per il terapeuta.

Anche se la frequenza delle sedute di psicoterapia dovrebbero adattarsi ai bisogni della persona e del contesto in cui vive, si potrebbero prendere in considerazione due sedute alla settimana.

Ulteriori consigli riguardano la durata degli interventi psicologici, che non dovrebbero durare meno di tre mesi. Per quanto concerne il tipo di terapia si consiglia di utilizzare un programma completo di Terapia Dialettico Comportamentale (DBT), in particolare per le donne per le quali risulta prioritario ridurre i ricorrenti atti autolesivi. Inoltre, risulta importante monitorare l'effetto del trattamento su diversi outcomes, inclusi: funzionamento personale, uso di alcol e sostanze, autolesionismo, depressione e sintomi caratteristici del BPD.

Per quel che riguarda il trattamento farmacologico, le linee guida riportano che il trattamento farmacologico non dovrebbe essere utilizzato per il BPD, né per i singoli sintomi e comportamenti associati al disturbo (per esempio, i comportamenti autolesivi, l'instabilità emotiva, i comportamenti a rischio e i sintomi psicotici transitori).

Si consiglia, inoltre, di non utilizzare gli antipsicotici per il trattamento a medio e lungo termine e di prendere in considerazione l'uso di farmaci nel trattamento generale delle condizioni cliniche in comorbidità con il BPD.

È, tuttavia, possibile prendere in considerazione l'uso di farmaci per un breve periodo, da somministrare con cautela, come parte del trattamento generale della persona con BPD in una fase critica. La durata di questo trattamento, tuttavia, non dovrebbe durare più di una settimana.

Nel documento, infine, si delineano alcuni principi generali di gestione delle crisi della persona con BPD che prevedono di mantenere la calma, cercare di comprendere la crisi dal punto di vista della persona, cercare di esplorare le ragioni della crisi utilizzando domande aperte e frasi validanti, cercare

di stimolare la riflessione sulla eventuale soluzione che non dovrebbe essere proposta finché non sono stati chiariti i problemi, considerare altre possibili opzioni prima di considerare un ricovero.

Per quanto concerne l'uso di farmaci durante le crisi le linee guida consigliano di tenere in considerazione alcuni aspetti importanti, quali la possibilità che la persona possa abusare del farmaco prescritto, il possibile ruolo psicologico che può assumere il prescrivere un farmaco e l'impatto che ciò può avere sulla relazione terapeutica, l'uso di un unico farmaco e che sia prescritto con la minima dose efficace.

Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder (APA 2011)

Per completezza d'informazione, riportiamo di seguito quanto contenuto nella linea guida APA.

Tuttavia, occorre sottolineare che dal 2001 (anno di pubblicazione del documento) ad oggi, non sono stati effettuati aggiornamenti significativi della linea guida (eccezion fatta per l'aggiunta di alcuni dati nel 2005, non sufficienti comunque per essere considerati un aggiornamento).

Pertanto, la linea guida non rispetta gli standard di riferimento del National Guidelines Clearing House (l'ente statunitense di sorveglianza sulla qualità delle linee guida), non è stata redatta considerando i più moderni sviluppi relativi ai trattamenti psicoterapici e farmacologici ed è pertanto da considerarsi non più attuale.

L'obiettivo del documento era quello di fornire una guida pratica agli psichiatri per il trattamento del DBP basato sulle evidenze disponibili e sul consenso clinico.

L'elaborato è suddiviso in tre parti, a loro volta articolate in diverse sezioni:

- *Parte A*: contiene le raccomandazioni per il trattamento dei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità, si divide in:
 - sezione I: contiene il riassunto delle raccomandazioni per il trattamento;
 - sezione II: guida alla formulazione e all'attuazione di un piano di trattamento per il singolo paziente;
 - sezione III: illustra una serie di fattori che potrebbero alterare le raccomandazioni generali discussi nella sezione II;
 - 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 l'analisi dei dati disponibili, sulla base dei quali sono state redatte le raccomandazioni per il trattamento della Parte A. La Parte B si suddivide poi in due sezioni:
 - 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;
 - sezione VI: è una rassegna strutturata e 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.

In generale, è possibile affermare che le linee guida dell'APA, dal punto di vista strutturale e di contenuto presentano poche differenze con le linee guida NICE, precedentemente esposte.

Rispetto all'assessment iniziale, lo psichiatra effettua un primo *assessment* del paziente per determinare il tipo di trattamento da utilizzare. Vista la frequente presenza di ideazione suicidaria e di tentativi di suicidio nei pazienti con BPD, l'APA consiglia di dare la priorità a questi problemi attraverso un'accurata valutazione della sicurezza che, insieme alla valutazione dei fattori clinici, fornirà indicazioni per il setting da implementare (ambulatoriale o ricovero). Successivamente sarà possibile effettuare un assessment completo, chiarendo fin dall'inizio quale sarà la cornice terapeutica e quali saranno gli obiettivi da perseguire in accordo con il paziente.

Anche nelle linee guida APA si afferma che il trattamento primario per il BPD è la psicoterapia, associata alla farmacoterapia mirata ai sintomi.

Tuttavia, viene considerato importante continuare a fornire un supporto psichiatrico al paziente lungo tutto il trattamento, ciò include rispondere alle crisi e monitorare la sicurezza del paziente, stabilire e mantenere l'alleanza terapeutica oltre a fornire informazioni riguardanti il disturbo e il relativo trattamento, coordinare il trattamento con gli altri professionisti coinvolti, monitorare i progressi del paziente ed effettuare una rivalutazione del piano terapeutico. Lo psichiatra dovrà tener conto dei problemi relativi al fenomeno della scissione e della gestione dei confini.

L'APA delinea i principi necessari per la scelta del trattamento da utilizzare per il BPD. Per quanto concerne il tipo di terapia da utilizzare, si consiglia una terapia a lungo termine affinché i pazienti con BPD possano ottenere e mantenere miglioramenti duraturi nella personalità, nelle difficoltà interpersonali e nel funzionamento generale. L'uso della farmacoterapia, sempre sul-

la base dell'esperienza clinica, risulta efficace per il trattamento di sintomi (quali instabilità emotiva, impulsività, sintomi simil-psicotici e comportamenti autolesivi) e in associazione alla psicoterapia.

Il focus del trattamento dovrebbe considerare il disturbo di personalità così come i disturbi di asse I e asse II in comorbidità, dando priorità ai fattori di rischio e ai sintomi predominanti. Il trattamento selezionato dovrebbe essere flessibile (vista l'eterogeneità delle manifestazioni del disturbo), dovrebbe incontrare le preferenze del paziente, possibilmente erogato da più professionisti della salute mentale purché ci sia collaborazione all'interno del team e chiarezza sui ruoli.

Per quanto concerne la psicoterapia, l'APA consiglia due approcci risultati efficaci da studi RCT: la psicoterapia psicoanalitica/psicodinamica e la Terapia Dialettico-Comportamentale.

La caratteristica in comune dei trial presi in considerazione era che il trattamento prevedeva degli incontri individuali settimanali con un terapeuta, una o più sedute di gruppo settimanali e degli incontri tra terapeuti per consultazione/supervisione.

L'APA afferma che dai trial clinici non sono emersi risultati che suggeriscano quali pazienti potrebbero rispondere meglio e a quale specifica terapia. Tuttavia, questa affermazione non tiene conto dei risultati più recenti, vista la data di pubblicazione delle linee guida (2001).

Ad ogni modo, l'APA riporta una serie di fattori, provenienti dall'esperienza clinica, che possono guidare il terapeuta a prescindere dal tipo di trattamento scelto. Innanzitutto, risulta necessario costruire una solida alleanza terapeutica e monitorare i comportamenti autolesivi e suicidari. Un altro aspetto fondamentale è quello di validare costantemente la sofferenza e l'esperienza del paziente e, allo stesso tempo, aiutarlo a prendersi la responsabilità per le sue azioni. Altra componente di una terapia efficace risulta essere la gestione delle emozioni, del paziente e del terapeuta, promuovendo la riflessione piuttosto che le azioni impulsive, ridurre la tendenza del paziente alla dissociazione e impostare dei limiti ai comportamenti autolesivi.

Relativamente alla farmacoterapia, viene indicata come utile per trattare sintomi di stato nei periodi di scompenso acuto, ma anche per le vulnerabilità di tratto.

I sintomi mostrati dai pazienti con BPD spesso ricadono in tre dimensioni comportamentali:

- disregolazione emotiva;
- discontrollo comportamentale e impulsività;
- difficoltà cognitive e percettive.

Per quanto concerne il trattamento della disregolazione emotiva, dovrebbe essere inizialmente trattata, secondo queste linee guida (attualmente superate dalle recenti revisioni della letteratura che sconsigliano assolutamente l'uso degli antidepressivi) (Vita *et al.*, 2011) con inibitori selettivi della ricaptazione della Serotonina (SSRI) o in associazione con benzodiazepine, inibitori delle monoamino-ossidasi (MAOI) e stabilizzatori dell'umore (litio, valproato, carbamazepina). Anche per quanto riguarda il trattamento del discontrollo degli impulsi è consigliabile l'uso di SSRI, se necessario in associazione con neurolettici a basso dosaggio, stabilizzatori dell'umore e MAOI. Per il trattamento dei sintomi cognitivo-percettivi, quali sospettosità, pensieri di riferimento, ideazione paranoide, allucinazioni, derealizzazione e depersonalizzazione, si consiglia l'uso di neurolettici a basso dosaggio che sembrano avere effetto anche sul tono dell'umore, l'impulsività e l'ostilità/aggressività.

La pianificazione del trattamento, inoltre, dovrebbe tenere in considerazione alcuni fattori che potrebbero avere un effetto sul trattamento: comorbidità con altri disturbi di asse I e asse II, uso di sostanze, comportamenti violenti e tratti antisociali, autolesionismo cronico, traumi e disturbo da stress post-traumatico (PTSD), sintomi dissociativi, fattori di stress in ambito psicosociale, genere, età e fattori culturali. A queste manifestazioni sintomatologiche in compresenza con il BPD, le linee guida APA dedicano una sezione specifica.

Vengono infine fornite indicazioni per problemi relativi alla gestione del rischio.

La gestione del rischio, in particolare, include la necessità di collaborazione e comunicazione tra i vari professionisti che hanno in cura la persona, così come un'accurata e adeguata documentazione.

I problemi di transfert e controtransfert dovrebbero, infatti, essere discussi in consultazione con i colleghi vista la tipologia di pazienti ad alto rischio.

Per quanto riguarda la fine del trattamento l'APA consiglia di seguire le linee guida standard per tutti i casi. È inoltre opportuno e utile effettuare una psicoeducazione sul disturbo ai pazienti, sempre in un'ottica di gestione di eventuali rischi.

Altra caratteristica clinica che necessita di particolare considerazione è il rischio suicidario di questi pazienti, le loro violazioni del setting e i potenziali comportamenti impulsivi e violenti.

Rassegne, meta analisi e ricerche di rilievo

Vengono di seguito riportate alcune recenti revisioni sistematiche della letteratura, ritenute significative nell'ambito del trattamento per il Disturbo Borderline e per il Disturbo Antisociale di Personalità.

A tal proposito, risulta necessario sottolineare l'importanza della conoscenza di tali studi nell'ottica dell'applicazione di tecniche e trattamenti psicoterapici basati sull'evidenza.

Difatti, pur considerando le indicazioni contenute nelle linee guida come fondamentali per l'impostazione del trattamento, nell'ottica di una presa in carico globale del paziente con DP, esse non dirimono completamente la questione circa la tipologia di trattamento psicoterapico risultante essere più efficace per gli specifici disturbi di personalità presi in considerazione.

Le revisioni e metanalisi proposte forniscono al clinico interessanti spunti in tal senso, identificando alcuni trattamenti psicoterapici specifici che raccolgono prove di efficacia per il trattamento di aspetti sintomatologici peculiari del Disturbo Borderline e del Disturbo Antisociale di Personalità.

Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Cochrane Database of Systematic Review, 2020)

Il documento si basa sulla revisione sistematica della letteratura inerente ai trattamenti sviluppati e proposti per la presa in carico di persone con Disturbo Borderline di Personalità.

La review si propone l'obiettivo di riassumere ciò che sappiamo attualmente sull'effetto della psicoterapia nelle persone con BPD, allo scopo di determinarne l'effetto sui pazienti sia in termini di efficacia che di eventuali conseguenze dannose o iatrogene, coerentemente con il concetto di interventi psicoterapici *evidence-based*.

Gli autori hanno confrontato dunque gli effetti dei trattamenti psicologici su persone con diagnosi di BPD e nello specifico hanno verificato e paragonato gli outcome in soggetti che non hanno ricevuto cure, che hanno continuato la loro trattamento abituale (*treatment as usual* – TAU), che erano in lista di attesa per un trattamento o che hanno ricevuto un trattamento specifico per il DBP, individuale o di gruppo.

L'analisi ha preso in considerazione 75 studi, per un totale di 4.507 partecipanti, per lo più donne, di età media compresa tra 14,8 e 45,7 anni. Gli studi hanno esaminato un'ampia varietà di trattamenti psicologici (oltre 16 tipi diversi) e sono stati condotti principalmente in strutture ambulatoriali.

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

La durata dei trattamenti presi in esame variava da 1 da uno a 36 mesi.

Le terapie presenti in maggior numero tra gli studi analizzati sono state la Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) (Linehan *et al.*, 1993) e il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT) (Bateman & Fonagy, 2016).

A seguito delle analisi di comparazione, in primo luogo viene messo in evidenza come i soggetti che hanno beneficiato di trattamento psicoterapico, se confrontati con soggetti che non effettuano alcun trattamento o in lista di attesa, mostrano un generale miglioramento della gravità della sintomatologia. Tuttavia, non emerge alcuna differenza significativa per quel che concerne gli agiti autolesivi o i comportamenti suicidari.

I risultati relativi alla comparazione della psicoterapia rispetto al “trattamento abituale” mostrano che i trattamenti psicoterapici presi in esame riducono la gravità generale della sintomatologia del Disturbo Borderline di personalità, il comportamento suicidario, gli agiti autolesivi e gli aspetti depressivi in modo clinicamente significativo, migliorando al contempo il funzionamento psicologico globale.

In particolare, poi, tra i trattamenti psicoterapici presi in esame, la DBT risulta essere più efficace se comparata al “trattamento abituale” nel ridurre la gravità generale della sintomatologia DBP, ridurre l’autolesionismo e nel miglioramento del funzionamento psicosociale.

Allo stesso modo l’MBT sembra essere più efficace rispetto al trattamento abituale e agli altri trattamenti psicoterapici nel ridurre i comportamenti autolesivi e suicidari e nel trattamento degli aspetti depressivi.

Tuttavia, gli autori sottolineano come questi risultati siano basati su prove *low quality* e si riservano pertanto la possibilità di ottenere differenti evidenze a seguito di un aumento del numero di trial clinici presi in esame.

Infine, viene riportato come la maggior parte degli studi non abbia implicato effetti negativi, e che gli eventuali effetti negativi riscontrati non erano direttamente attribuibili agli effetti del trattamento psicologico.

Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis (Oud et al., 2018)

L’obiettivo principale di questo studio è stato quello di verificare se le “terapie specializzate” sono efficaci sulla gravità del BPD in generale, sui sintomi specifici e sui drop-out.

Da sottolineare che in questo studio vengono considerati i seguenti sintomi come caratteristici del Disturbo Borderline di Personalità: timore abbandonico, pattern interpersonali disfunzionali, disordine dell’identità, impulsivi-

vità, ideazione e atti suicidari, atti autolesivi, instabilità emotiva, sensazione di vuoto, rabbia e sintomi dissociativi.

Gli autori definiscono, inoltre, “terapie specializzate” quegli approcci terapeutici che sono stati progettati in maniera specifica per il trattamento del BPD e sono: Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT), Terapia Basata sulla Mentalizzazione (MBT), Terapia Focalizzata sul Transfert (TFP) (Clarkin, 1999) e la Schema Therapy (ST) (Young, 2003).

Ciò che risulta comune a tutte queste forme di psicoterapia per il BPD condividono le teorie sull’eziologia e sui fattori di mantenimento del disturbo, condividono il fatto che sono strutturate secondo specifici protocolli e specifiche tecniche, oltre al fatto che prestano particolare attenzione alla relazione terapeutica.

Gli autori hanno incluso studi RCT sui quattro trattamenti selezionati in persone maggiorenni con BPD che hanno effettuato un percorso di psicoterapia individuale per almeno 16 settimane. Sono stati poi confrontati con gruppi nei quali sono stati utilizzati altri trattamenti specializzati e protocolli e con i gruppi di controllo nei quali si includevano trattamenti abituali (*treatment asusual* – TAU), lista d’attesa, Attention Control Training e trattamenti comunitari erogati da esperti (CTBE).

In totale sono stati presi in considerazione 63 articoli di 20 studi pubblicati tra il 2014 e il 2015. La maggior parte dei partecipanti sono stati trattati in setting ambulatoriali, solo uno degli studi è stato condotto in regime di ricovero e in un altro i pazienti erano parzialmente ospedalizzati. In quasi tutti gli studi è stata utilizzata un’intervista diagnostica strutturata per valutare la presenza di BPD: la più utilizzata è stata la Structured Clinical Interview for DSM Personality Disorders (SCID-II), solo in uno studio è stata utilizzata la Diagnostic Interview for Borderline Patients-Revised (DIB-R) (Zanarini *et al.*, 1989).

Sono state poi effettuate dieci comparazioni: le terapie specializzate sono state confrontate con i TAU, con i CTBE e con i trattamenti psicologici protocolli (general psychiatric management – GPM; *structured clinical management* / management clinico strutturato – SCM; terapia centrata sul cliente – CCT). Le altre sette comparazioni sono di tipo uno-a-uno tra terapie specializzate (DBT vs TFP e ST vs TFP). Altri due confronti sono stati effettuati per verificare l’efficacia di interventi aggiuntivi (ST con o senza disponibilità telefonica, DBT con o senza esposizione prolungata). Infine, in tre confronti la DBT è stata comparata con due interventi che contenevano elementi di DBT che sono poi stati ulteriormente comparati tra loro nel confronto finale.

I risultati suggeriscono che le psicoterapie specializzate, progettate per trattare specificamente persone con BPD, sono più efficaci del TAU e CTBE.

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

L'analisi post-hoc, nella quale sono stati confrontati gli studi in cui le terapie specializzate con TAU o CTBE sono stati combinati, conferma questo effetto positivo sulla gravità generale del disturbo (anche se moderato) a favore delle psicoterapie specializzate. Tale effetto positivo sembra emergere anche nel ridurre l'autolesionismo. Un altro beneficio delle terapie specializzate, è che risultano generalmente ben tollerate, con un tasso di possibile drop-out inferiore al 38% rispetto alle terapie non-specializzate (CTBE o TAU).

Un dato interessante riguarda ciò che emerge dal confronto tra terapie specializzate e altre terapie protocollate, dove l'effetto sugli outcome non risulta significativo.

Dall'analisi di un sottogruppo, tuttavia, emergono effetti positivi maggiori della MBT sui comportamenti suicidari, l'autolesionismo e i pattern interpersonali disfunzionali rispetto alla SCM. In un altro sottogruppo, la DBT si è mostrata migliore della CCT nel ridurre i comportamenti suicidari, l'autolesionismo, e la dissociazione/psicoticismo, anche se l'effetto è qualitativamente basso.

In conclusione, da questo studio emerge che le terapie specializzate sono più efficaci di TAU e CTBE, anche se non è chiaro quale trattamento sia più efficace e per quale tipologia di paziente, e se siano più efficaci di altri trattamenti protocollati.

Ciò che è importante di questa metanalisi è che ci fornisce delle importanti implicazioni per la pratica clinica. Innanzitutto, risulta sicuramente raccomandabile proporre terapie specializzate per il BPD nel trattamento ambulatoriale e per ridurre i sintomi caratteristici del disturbo.

Gli autori ipotizzano, inoltre, che i trattamenti protocollati potrebbero essere più facilmente applicabili in un contesto comunitario e per pazienti meno complessi.

Per pazienti più gravi, invece, si garantisce di poter utilizzare terapie specializzate. Gli utenti, tuttavia, dovrebbero poter essere informati sulle differenti psicoterapie specifiche e specializzate per il BPD.

Metacognitive Interpersonal Therapy in Borderline Personality Disorder: Clinical and Neuroimaging Outcomes From the CLIMAMITHE Study. A Randomized Clinical Trial (Rossi et al., 2023).

L'obiettivo dello studio è stato quello di verificare se la Terapia Metacognitiva Interpersonale (MIT) possa rappresentare un approccio promettente per il BPD, con un possibile superamento di alcuni limiti riscontrabili negli approcci basati sui sintomi.

La MIT è una terapia di stampo cognitivo-comportamentale orientata alla promozione delle abilità metacognitive e al miglioramento delle relazioni interpersonali (Carcione *et al.*, 2021; Dimaggio *et al.*, 2007). È progettata per trattare aspetti patologici della personalità, piuttosto che specifici disturbi, in linea con l'attuale dibattito sui PD riportato anche sull'ICD-11 e nel criterio A del modello alternativo per i disturbi di personalità del DSM-5 (AMPD; Sezione III DSM-5) (APA, 2013). In quest'ultimo, infatti, emerge il ruolo chiave svolto dalle abilità riflessive nella valutazione del livello di funzionamento generale della personalità, attraverso le capacità dell'individuo di:

- riflettere su di sé, così da promuovere un senso del Sé e di autodirezionalità stabili;
- comprendere la mente dell'altro per stabilire e mantenere buone relazioni interpersonali (APA, 2013).

Il costrutto di metacognizione include un set di abilità funzionali necessarie a identificare stati mentali, riflettere su di essi e attribuirli a sé o all'altro (Carcione *et al.*, 2010; 2021; Semerari *et al.*, 2003). Poiché il livello di metacognizione è dimostrato essere un predittore di miglioramento nella patologia della personalità (Carcione *et al.*, 2019), un potenziamento delle funzioni metacognitive potrebbe, secondo gli autori, aiutare i pazienti con BPD nella regolazione emotiva, nella regolazione degli impulsi e nel funzionamento interpersonale.

Per dimostrare l'efficacia della MIT nel miglioramento delle suddette funzioni e nel miglioramento generale della patologia della personalità che caratterizza il BPD, gli autori hanno deciso di comparare gli effetti clinici della MIT sulla disregolazione emotiva (outcome primario), su altri aspetti caratteristici del BPD e su altre dimensioni della personalità, con trattamenti standard. Inoltre, hanno pensato di correlare tali effetti con quelli riscontrabili a livello neurobiologico, misurando i cambiamenti nell'attività dell'amigdala (outcome secondario).

Il disegno sperimentale, definito CLIMAMITHE, è un trial clinico longitudinale randomizzato, implementato in due diversi centri. I criteri di inclusione per i pazienti erano: età compresa tra 18 e i 45 anni e diagnosi di BPD (secondo i criteri del DSM-IV-TR), oltre alla firma del consenso informato. I criteri di esclusione erano: una diagnosi di schizofrenia nel corso della vita, disturbo schizoaffettivo, abuso di sostanze o dipendenza nei 3 mesi precedenti all'arruolamento allo studio, disturbo bipolare e altre patologie neurologiche.

A seguito dello screening iniziale, nello studio sono stati inclusi 78 pa-

zienti e randomizzati in due gruppi, divisi per tipo di intervento, MIT e trattamento standard SCM (*Structured clinical management*), ai quali è stato aggiunto un gruppo di controllo costituito da 28 soggetti sani, come riferimento per la valutazione degli outcome neurobiologici. È stato effettuato un assessment clinico in tre momenti differenti: all’inizio dello studio (T0), dopo sei mesi (T6) e alla fine del trattamento (dopo dodici mesi – T12). L’outcome clinico primario, la disregolazione emotiva, è stata misurata attraverso il DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*) (Gratz & Roemer, 2004), un questionario *self-report* di 36 item (scala 1-5). Il secondo outcome clinico, le abilità metacognitive, è stato misurato attraverso il MAI (*Metacognition Assessment Interview*) (Semerari *et al.*, 2012). È stata, inoltre, misurata la patologia della personalità e altri aspetti sintomatologici, quali depressione, impulsività, funzionamento interpersonale e alessitimia, attraverso una serie di strumenti, reperibili nell’articolo originale (Rossi *et al.*, 2023).

Per quanto concerne l’acquisizione dei dati neurobiologici, sono state effettuate scansioni fMRI su un sottogruppo di 60 pazienti e 30 soggetti di controllo. Durante le sessioni di risonanza magnetica, ai partecipanti venivano presentati tre stimoli visivi con differente valenza emotiva: si trattava di immagini categorizzate come “piacevoli”, “neutre” e “spiacevoli” secondo la standardizzazione IAPS (*International Affective Picture System*) (Lang *et al.*, 2008). Ai soggetti veniva chiesto di osservare l’immagine ed effettuare una scelta tra le tre medesime categorie, dopodiché veniva registrata un’immagine strutturale al tempo T1 (ovvero, dopo il task), durante la quale ai partecipanti veniva chiesto di restare fermi più possibile.

Per quanto riguarda gli interventi terapeutici, la MIT seguiva una serie di fasi strutturate sulla base della manualizzazione e concettualizzazione della stessa, seguendo una gerarchia di obiettivi:

1. assessment dei sintomi, degli stati mentali, delle funzioni metacognitive, dei problemi interpersonali, skills di regolazione emotiva;
2. interventi sugli aspetti che interferiscono con l’alleanza terapeutica e/o mettono a rischio il paziente (es. autolesionismo, comportamenti suicidari);
3. interventi sui sintomi fonte di sofferenza;
4. interventi mirati alla promozione dell’integrazione tra gli stati mentali.

La struttura del trattamento prevedeva una sessione individuale di un’ora settimanale e un gruppo di skills metacognitive, della durata di un’ora e mezza alla settimana. Era previsto, inoltre, un piano di gestione delle crisi e

tutti i terapeuti coinvolti nel trattamento seguivano delle supervisioni in settimanali in team.

Per quanto riguarda la SCM, si tratta di un intervento *evidence-based* di comunità basato su un modello di approccio supportivo derivato da raccomandazioni specifiche nelle linee guida APA per il BPD, mirato al trattamento della sintomatologia specifica del disturbo, che comprende: psicoeducazione, problem-solving, un piano di sicurezza, una revisione del piano farmacologico e un follow-up assertivo nel caso in cui i pazienti manchino all'appuntamento.

Dai risultati si evince che i punteggi medi alla DERS, che misura le difficoltà nella regolazione emotiva, si riducevano in entrambi i gruppi sul piano longitudinale. Emerge, quindi, un importante cambiamento nel tempo in entrambi i gruppi, ma maggiore nel gruppo MIT (anche se solo moderatamente e non statisticamente significativo). Emerge, inoltre, che MIT e SCM erano similmente efficaci sulla disregolazione emotiva; tuttavia, la MIT ha mostrato un effetto maggiore rispetto alla SCM e un tasso di *responders* più alto nella comparazione tra i due gruppi (37% vs 15%). In entrambi i gruppi è emerso un miglioramento significativo dei sintomi depressivi, psicopatologia di stato, alessitimia e funzionamento interpersonale. La MIT, tuttavia, ha mostrato un effetto maggiore sulle abilità metacognitive rispetto alla SCM. Mentre la psicopatologia specifica per il BPD risultava migliorare nel gruppo trattato con SCM, la MIT ha mostrato un maggior decremento dei punteggi in termini di impulsività e numero di criteri specifici per i disturbi di personalità.

Rispetto ai correlati neurobiologici, i risultati mostrano come entrambe le terapie modulassero l'attività dell'amigdala nei pazienti BPD. I risultati provenienti dalle scansioni MRI, infatti, hanno mostrato un'attività di *baseline* dell'amigdala destra di segno opposto nei pazienti (MIT + SCM) rispetto al gruppo di controllo, in tutte le condizioni-stimolo (positivo/neutro/negativo). Nello specifico, è risultata una tendenza alla significatività se comparazione tra un'attivazione positiva nei pazienti e un'attivazione negativa nei controlli. Nella valutazione longitudinale è emerso un effetto significativo del tempo e del gruppo sull'attività dell'amigdala destra in tutte e tre condizioni-stimolo, ma non significativo nell'interazione Gruppo x Tempo, da cui risulta che il cambiamento dell'attività nel tempo era simile in entrambi i gruppi di pazienti.

Da questo studio gli autori affermano, quindi, che la Terapia Metacognitiva Interpersonale possa essere un valido trattamento psicoterapico per il BPD, tramite una promozione di maggiori abilità metacognitive e quindi, in una riduzione della disregolazione emotiva, dell'impulsività, dei sintomi

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

depressivi, della psicopatologia di stato e delle dimensioni psicopatologiche della personalità. Ciò a conferma dell'ossatura teorica della MIT, secondo la quale la psicopatologia sia l'esito di disfunzioni nelle abilità metacognitive.

Psychological interventions for antisocial personality disorder (Cochrane Database of Systematic Review, 2020)

Come per il documento sui trattamenti psicoterapici per il Disturbo Borderline di Personalità la review si propone l'obiettivo di riassumere ciò che sappiamo attualmente sugli effetti della psicoterapia nelle persone con Disturbo Antisociale di Personalità, allo scopo di determinarne l'effetto sia in termini di efficacia che di eventuali conseguenze dannose o iatrogene, coerentemente con il concetto di interventi psicoterapici evidence-based.

Gli autori hanno confrontato dunque gli effetti dei trattamenti psicologici su persone con diagnosi di ASPD e nello specifico hanno verificato e paragonato come outcomes primari: aggressività, una seconda condanna, stato/funzionamento globale, funzionamento sociale ed eventi avversi, in soggetti che non hanno ricevuto cure, che hanno continuato il loro trattamento abituale (*treatment as usual* – TAU) o che erano in lista di attesa per un trattamento.

Le procedure metodologiche utilizzate sono quelle standard previste dalle Cochrane reviews.

L'analisi ha preso in considerazione 19 studi per 18 interventi psicologici differenti. Sono stati utilizzati i dati di 10 studi per un totale di 605 partecipanti, per lo più uomini (75%), di età media compresa 35,5 anni. Gli studi hanno esaminato otto varietà di trattamenti psicologici diversi.

Le terapie presenti in maggior numero tra gli studi analizzati sono state la Dialectical Behaviour Therapy (DBT), Cognitive Behaviour therapy (CBT), Impulsive Lifestyle Counselling (ILC), Contingency Management (CM) + Standard Maintenance (SM), "Driving Whilst Intoxicated" Programme (DWI), Schema Therapy (ST), Social Problem-solving Therapy (SPS), Psychosocial Risk Management (PSRM "Resettle" programme).

La review mostra che non ci sono prove di evidenza per raccomandare o rifiutare qualsiasi trattamento psicologico per le persone con la diagnosi di ASPD.

Gli autori riportano che solo pochi interventi hanno affrontato gli outcome primari sopra descritti, degli otto che lo hanno fatto, solo il Contingency management, ovvero l'intervento che utilizza tecniche di rinforzo, in stretta prossimità temporale, al verificarsi di un comportamento positivo per aumentarne la frequenza, unita a un intervento di mantenimento standard (SM),

la Schema Therapy e la Dialectical Behaviour Therapy hanno dimostrato che l'intervento può essere più efficace della condizione di controllo. Nel complesso, la certezza delle prove era scarsa o molto bassa.

Nessuno degli interventi ha mostrato prove convincenti di poter produrre una modifica nel comportamento antisociale. In accordo con gli autori questo evidenzia la continua necessità di ampliare gli studi per produrre un numero maggiore di dati in grado di guidare lo sviluppo e l'applicazione di interventi psicologici per ASPD.

Ancora una volta emerge come siano disponibili prove molto limitate sugli interventi psicologici per adulti con ASPD.

Antisocial Personality Disorder: A Current Review (Glenn et al., 2013)

Questa review si concentra sull'analisi di studi che hanno migliorato la comprensione delle caratteristiche di individui che si adattano alla definizione ASPD, evidenziando l'esistenza di differenti sottotipi del disturbo e sottolineando come le condizioni di comorbidità influenzino la manifestazione del disturbo ASPD.

Inoltre, vengono discusse ricerche sull'eziologia dell'ASPD, che hanno identificato alcuni fattori genetici e ambientali che possono contribuire allo sviluppo e alla persistenza del comportamento antisociale.

Vengono riportati alcuni risultati di ricerca di imaging cerebrale, che contribuiscono a migliorare la comprensione delle relazioni tra ASPD e altri disturbi.

Infine, vengono discussi alcuni risultati di ricerca preliminari sul trattamento di questo disturbo, aspetto questo di particolare interesse per il lavoro oggetto di questo elaborato.

Gli autori partono dalla considerazione relativa al riconoscimento per lungo tempo del Disturbo Antisociale di Personalità (ASPD) come una delle condizioni psicotologiche più difficili da trattare.

Difatti, gli individui con ASPD, per caratteristiche insite nel disturbo stesso, raramente cercano in maniera spontanea l'accesso al trattamento.

Inoltre, spesso, i professionisti della salute mentale e i servizi sono riluttanti nella presa in carico di pazienti con diagnosi di ASPD, a causa delle difficoltà riscontrate nella costruzione di una solida alleanza terapeutica e della scarsa compliance al trattamento dei pazienti.

Viene riportato uno studio di Davidson e collaboratori (2009) che mette a confronto la terapia cognitivo comportamentale e i *treatment as usual* in un campione di pazienti con diagnosi di ASPD in regime di comunità. Questo

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

studio evidenzia come i pazienti in trattamento con la CBT riportano un piccolo ma non significativo miglioramento rispetto al funzionamento sociale e alla messa in atto di condotte aggressive eterodirette, e nessun miglioramento significativo rispetto al *treatment as usual* relativamente ai vissuti di rabbia o nell'espressione di aggressività verbale.

Gli autori pongono infine l'attenzione sul trattamento basato sulla mentalizzazione, ovvero basato sullo sviluppo della capacità di pensare ed essere consapevoli dei propri e altrui stati mentali.

Studi preliminari suggeriscono che questo trattamento può essere efficace nel ridurre i comportamenti aggressivi in individui con ASPD con moderati livelli di tratti psicopatici.

Riflessioni conclusive

Questo elaborato ha voluto fornire ulteriori evidenze al fine di analizzare le principali linee guida e revisioni della letteratura per quel che concerne i trattamenti più efficaci per il Disturbo Borderline (DBP) e del Disturbo Antisociale di Personalità (DASP).

Negli ultimi anni il dibattito è stato rivolto verso i criteri diagnostici, centrati sui comportamenti osservabili, piuttosto che sulle dimensioni di personalità, come ben descritto nella sezione III del DSM-5.

I disturbi di personalità, in questo nuovo modello dimensionale, sono caratterizzati da due elementi principali:

1. da compromissioni del funzionamento di personalità su un piano identitario e interpersonale;
2. da tratti di personalità patologici.

Il modello alternativo pone, quindi, un'enfasi maggiore sulle dimensioni personologiche permettendo al clinico maggiori manovre di intervento.

Le linee guida NICE si propongono di sviluppare un modello multidisciplinare per il trattamento del DBP e del DASP e sono applicabili per entrambi i disturbi a soggetti di età pari o superiore ai 18 anni di età.

Quando si parla di DASP emerge una significativa problematicità nel panorama dell'evidenza in quanto, ad oggi, esistono scarsi studi EBM nei trattamenti per pazienti con DASP.

Le linee guida NICE forniscono raccomandazioni sui trattamenti, sulla gestione e la prevenzione sia nel contesto sanitario che in quello forense. L'intervento indicato è basato su terapie cognitive comportamentali (TCC)

svolte in gruppo che aiutano ad affrontare problemi come impulsività, difficoltà interpersonali e comportamento antisociale e possono facilitare la riduzione di comportamenti offensivi.

Inoltre, è stata riportata una breve descrizione delle linee guida edite dall'APA nell'ottobre del 2001, le quali, dal punto di vista strutturale e di contenuto presentano poche differenze con le linee guida NICE precedentemente esposte.

Per individuare il trattamento più efficace del DBP e DASP, in aggiunta alla linee guida, è fondamentale avvalersi dei risultati emersi dalle metanalisi, in quanto la pubblicazione delle linee guida è antecedente alla pubblicazione del DSM-5 e quindi non tengono conto della nuova classificazione di personalità per tratti dimensionali.

Nello specifico, gli autori della Cochrane review (Storebø *et al.*, 2020), hanno estratto informazioni relative alle caratteristiche del trattamento (ad esempio l'intensità, la durata, la tipologia di protocollo utilizzato), alle caratteristiche dei partecipanti, e alle caratteristiche metodologiche dello studio, confrontando dunque gli effetti dei trattamenti psicologici su persone con diagnosi di DBP.

I risultati relativi alla comparazione della psicoterapia rispetto al *treatment as usual* (TAU) mostrano che la Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) riduce la gravità generale della sintomatologia del DBP, il comportamento suicidario, gli agiti autolesivi e gli aspetti depressivi in modo clinicamente significativo, migliorando al contempo il funzionamento psicosociale.

Risultati analoghi emergono da uno studio condotto da Davidson *et al.* nel 2009, che mette a confronto la TCC e i TAU in un campione di pazienti con diagnosi di DASP in regime di comunità. I pazienti in trattamento con la DBT riportano un miglioramento rispetto al funzionamento sociale e alla messa in atto di condotte aggressive eterodirette.

Un'ulteriore conferma dell'efficacia delle "terapie specializzate", quali DBT, MBT, Schema therapy (ST), sulla gravità del DBP viene fornita dalla metanalisi di Oud e collaboratori (2018), la quale conferma l'efficacia per il DBP nel trattamento ambulatoriale e per ridurre i sintomi caratteristici del disturbo. Un ulteriore dato a conferma di questa tesi è possibile riscontrarla nel recente studio di Rossi e collaboratori (2023), da cui emerge che anche la Terapia Metacognitiva Interpersonale (MIT) possa considerarsi un valido trattamento psicoterapico per il BPD, tramite una promozione di maggiori abilità metacognitive e quindi, in una riduzione della disregolazione emotiva, dell'impulsività, dei sintomi depressivi, della psicopatologia di stato e delle dimensioni psicopatologiche della personalità.

In conclusione, nonostante lo scarso numero di evidenze a disposizione,

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

la letteratura sembra suggerire che l'approccio dimensionale del Modello alternativo del DSM-5 per i disturbi di personalità possa essere di grande supporto al clinico all'interno dell'intervento psicoterapico, poiché consentirebbe di impostare il trattamento focalizzato agli specifici tratti e alle disfunzioni nelle abilità sottostanti alla psicopatologia della personalità (es. abilità di mentalizzazione in Bateman & Fonagy, 2016; funzioni metacognitive in Dimaggio *et al.*, 2007; Carcione *et al.*, 2021).

Bibliografia

- Alexander, J.F., Waldron, H.B., Robbins, M.S. & Neeb, A.A. (2013). *Functional family therapy for adolescent behavior problems*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *The American journal of psychiatry*, 158(10 Suppl): 1-52. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.1.1.
- American Psychiatric Association. (2013). *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Adult*. Edizione italiana a cura di A. Fossati & S. Borroni. Milano: Raffaello Cortina (2015).
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Carcione, A., Dimaggio, G., Conti, L., Nicolò, G., Fiore, D., Procacci, M. & Semerari, A. (2010). *Metacognition Assessment Scale (MAS) V. 4.0. Manual*. Roma: Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva. Manoscritto non pubblicato.
- Carcione, A., Riccardi, I., Bilotta, E., Leone, L., Pedone, R., Conti, L., Colle, L., Fiore, D., Nicolò, G., Pellicchia, G., Procacci, M. & Semerari, A. (2019). Metacognition as a predictor of improvements in personality disorders. *Frontiers in Psychology*, 10: 170. DOI: 10.3389/Fpsyg.2019.00170.
- Carcione, A. & Semerari, A. (2021). Commentary on the Presentation of the Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT) model (pp. 171-175). In: Ruggiero, G.M., Caselli, G. & Sassaroli, S. (eds.), *CBT case formulation as therapeutic Process*. Cham: Springer.
- Carcione, A., Semerari, A. & Nicolò, G. (2021). *Complex cases of personality disorders. Metacognitive interpersonal therapy*. Cham: Springer.
- Caretti, V., Scarpa, F., Ciappi, S., Castelletti, L., Catanesi, R., Carabellese, F.F., Ferracuti, S., Nava, F.A., Nicolò, G., Paterniti, R., Rivellini, G. & Schimmenti, A. (2019). *HCR-20 v3 – Assessing risk for violence. Checklist per la valutazione del rischio di recidiva di un crimine violento*. Firenze: Hogrefe.
- Caretti, V., Manzi, G.S., Schimmenti, A. & Seragusa, L. (2011). *PCL-R. Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Firenze: Giunti.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G. & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy*

- of personality disorders: Metacognition, states of mind, and interpersonal cycles.* New York: Routledge.
- Elias, M.J. & Clabby, J.F. (1992). *Building Social Problem-Solving Skills: Guidelines from a School-Based Program.* Jossey Bass Publishing.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Benjamin, L.S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders (SCID-II).* Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fisher, P.A. & Chamberlain, P. (2000). Multidimensional treatment foster care: A program for intensive parenting, family support, and skill building. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8: 155-164. DOI: 10.1177/10634266000800303.
- Gibbon, S., Khalifa, N.R., Cheung, N.H., Völlm, B.A. & McCarthy, L. (2020). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9): CD007668. DOI: 10.1002/14651858.CD007668.pub3.
- Glenn, A.L., Johnson, A.K. & Raine, A. (2013). Antisocial personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, 15(12): 427. DOI: 10.1007/s11920-013-0427-7.
- 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. DOI: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.
- Hatzigeorgiadis, A. (2006). Instructional and Motivational Self-Talk: An Investigation on Perceived Self-Talk Functions. *Hellenic Journal of Psychology*, 3: 164-175.
- Hawkins, K.R., Apolzan, J.W., Staiano, A.E., Shanley, J.R. & Martin, C.K. (2019). Efficacy of a Home-Based Parent Training-Focused Weight Management Intervention for Preschool Children: The DRIVE Randomized Controlled Pilot Trial. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 51(6): 740-748. DOI: 10.1016/j.jneb.2019.04.002.
- Iobst, E.A., Alderfer, M.A., Sahler, O.J., Askins, M.A., Fairclough, D.L., Katz, E.R., Butler, R.W., Dolgin, M.J. & Noll, R.B. (2009). Problem solving and maternal distress at the time of a child's diagnosis of cancer in two-parent versus lone-parent households. *Journal of pediatric psychology*, 34(8): 817-821. DOI: 10.1093/jpepsy/jsn140.
- Kazdin, A.E. (2010). Problem-solving skills training and parent management training for oppositional defiant disorder and conduct disorder (pp. 211-226). In: Weisz, J.R. & Kazdin, A.E. (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents.* New York: Guilford Press.
- Kazdin, A.E., Siegel, T.C. & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5): 733-747. DOI: 10.1037//0022-006x.60.5.733.
- Lang, P.J., Bradley, M.M. & Cuthbert, B.N. (2008). *International Affective Picture System (IAPS): Instruction manual and affective ratings, Technical Report A-8.* The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F., Ferguson, B. *et al.* (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personali-

Giuseppe Nicolò, Carla Azzara, Veronica Cantelmi, Claudio Contrada, Giorgio Mozzetta

- ty disorders. *Archives of general psychiatry*, 51(3): 215-224. DOI: 10.1001/archpsyc.1994.03950030051005.
- Mann, A.H., Jenkins, R., Cutting, J.C. & Cowen, P.J. (1981). The development and use of standardized assessment of abnormal personality. *Psychological medicine*, 11(4): 839-847. DOI: 10.1017/s0033291700041337.
- NICE Clinical guideline (2009). *Borderline personality disorder: recognition and management*, disponibile su: www.nice.org.uk/guidance/cg78.
- NICE Clinical guideline. (2013). *Antisocial personality disorder: prevention and management*, disponibile su: www.nice.org.uk/guidance/cg77.
- NICE Quality standard. (2015) *Personality disorders: borderline and antisocial*, disponibile su: www.nice.org.uk/guidance/qs88.
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M.L., Verhoef, R. & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 52(10): 949-961. DOI: 10.1177/0004867418791257.
- Pfohl, B., Blum, N.S. & Zimmerman, M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality: SIDP-IV*. American Washington, DC: Psychiatric Press.
- Plebani, M. & Trenti, T. (2002). *Praticare il Governo Clinico: qualità, efficacia e professionalità in Medicina*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Rossi, R., Corbo, D., Magni, L.R., Pievani, M., Nicolò, G., Semerari, A., Quattrini, G., Riccardi, I., Colle, L., Conti, L., Gasparotti, R., Macis, A., Ferrari, C., Carcione, A. & CLIMAMITHE study group (2023). Metacognitive interpersonal therapy in borderline personality disorder: Clinical and neuroimaging outcomes from the CLIMAMITHE study-A randomized clinical trial. *Personality disorders*. DOI: 10.1037/per0000621.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Tully, L.A. & Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4): 624-640. DOI: 10.1037/0022-006X.68.4.624.
- Sanders, M.R., Kirby, J.N., Tellegen, C.L. & Day, J.J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical psychology review*, 34(4): 337-357. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.04.003.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M. & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4): 238-261. DOI: 10.1002/cpp.362.
- Semerari, A., Cucchi, M., Dimaggio, G., Cavadini, D., Carcione, A., Battelli, V., Nicolò, G., Pedone, R., Siccardi, T., D'Angerio, S., Ronchi, P., Maffei, C. & Smeraldi, E. (2012). The development of the Metacognition assessment interview: Instrument description, factor structure and reliability in a non-clinical sample. *Psychiatry Research*, 200(2-3): 890-895. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.07.015.
- Storebø, O.J., Stoffers-Winterling, J.M., Völlm, B.A., Kongerslev, M.T., Mattivi, J.T., Jørgensen, M.S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C.P., Callesen, H.E., Lieb, K. & Simonsen, E. (2020) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5): CD012955. DOI: 10.1002/14651858.CD012955.pub2.
- Tyrer, P. & Alexander, J. (1979). Classification of Personality Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 135(2): 163-167. DOI: 10.1192/bjp.135.2.163.

- Vita, A., De Peri, L. & Sacchetti, E. (2011). Antipsychotics, Antidepressants, Anticonvulsants, and Placebo on the Symptom Dimensions of Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled and Open-Label Trials. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(5): 613-624. DOI: 10.1097/JCP.0b013e31822c1636.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5): 715-730. DOI: 10.1037//0022-006x.66.5.715.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Chaunceyab, D.L. & Gunderson, J.G. (1987). The diagnostic interview for personality disorders: Interrater and test-retest reliability. *Comprehensive psychiatry*, 28(6): 467-480. DOI: 10.1016/0010-440x(87)90012-5.