

Fattori comuni e specifici di alcuni modelli di trattamento per i pazienti borderline. Quale utilità per i servizi?



Marta Vigorelli

DSM RomaB, 19 aprile 2008

“I pazienti borderline sono da lungo tempo considerati una **sfida davvero straordinaria** per i clinici che li hanno in cura. Uno dei motivi principali delle difficoltà terapeutiche riscontrate è dato dalla *ripetizione dei modelli relazionali* stabiliti nell’infanzia e ricreati nella situazione terapeutica. Queste rappresentazioni interne sono attribuite in modo caratteristico a coloro con i quali creano delle relazioni di attaccamento, familiari, curanti, amici, amanti ecc.”

Queste ripetizioni sono accompagnate da un’intensità affettiva straordinaria.

Gli operatori che sono coinvolti con questi soggetti sentono che il paziente è entrato loro dentro così profondamente, che si sentono trasformati da lui in modo coercitivo a tal punto da dire per esempio: “Non sono più me stesso”

(L’interfaccia tra mente e cervello nel disturbo borderline di personalità,

Gabbard & Wilkinson 1994, 2007)

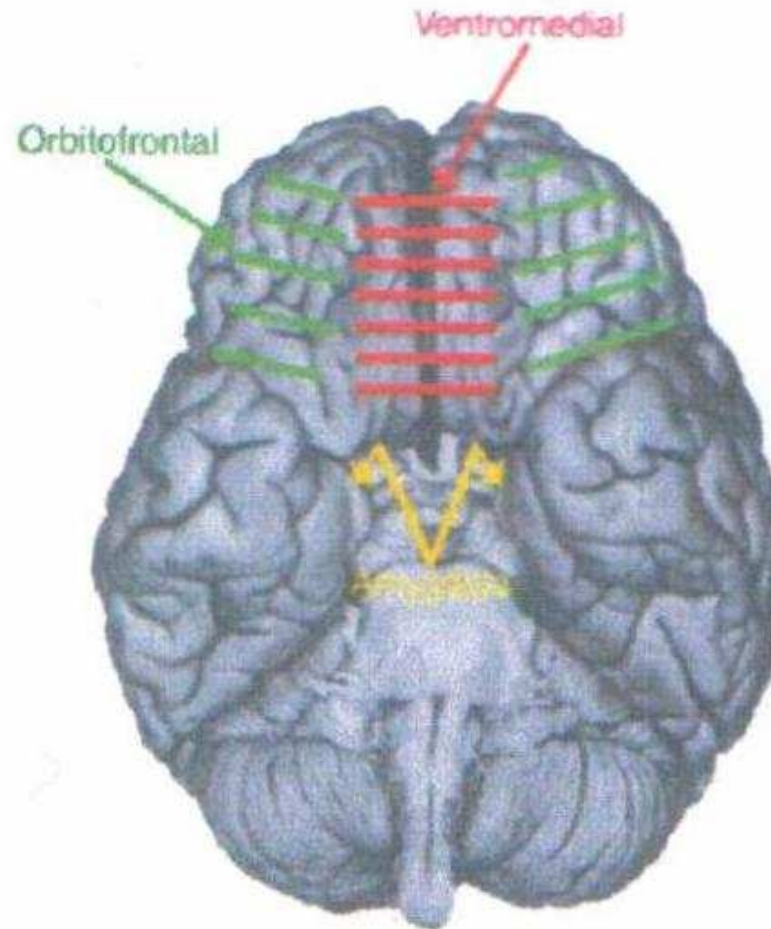
Menninger Clinic Huston



Multidimensionalità del disturbo borderline: l'aspetto neuropsicologico

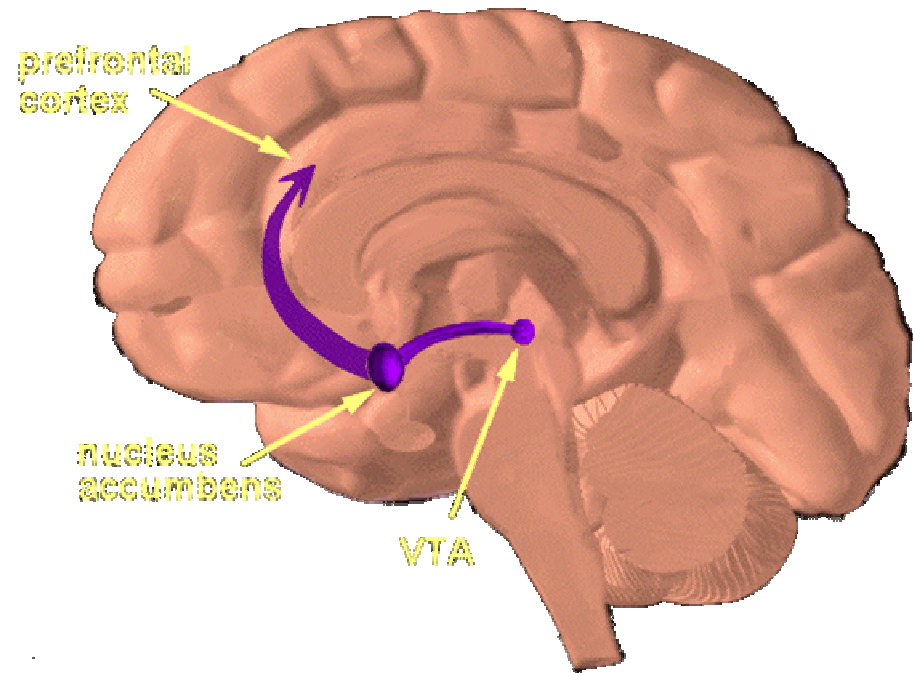
(LeDoux 1996, van der Kolke 1996, Gabbard 2007)

- Gli **eventi e attaccamenti traumatici**, causando un eccessivo rilascio di glucocorticoidi, danneggiano stabilmente l'ippocampo, e dunque la **memoria**, ed iperattivando l'amigdala, non solo compromettono la memoria dichiarativa, ma anche producono la conservazione, nel corpo dell'evento a livello procedurale, in quanto la **corteccia prefrontale e l'ipotalamo si disconnettono e non riescono più a svolgere la loro funzione integrativa**
- Possono così essere riprodotte solo reazioni di:
 - **Iperattivazione** (attacco/fuga)
 - **Congelamento**
- Compromettono insomma una buona **Regolazione emotiva**



Il sistema della ricompensa

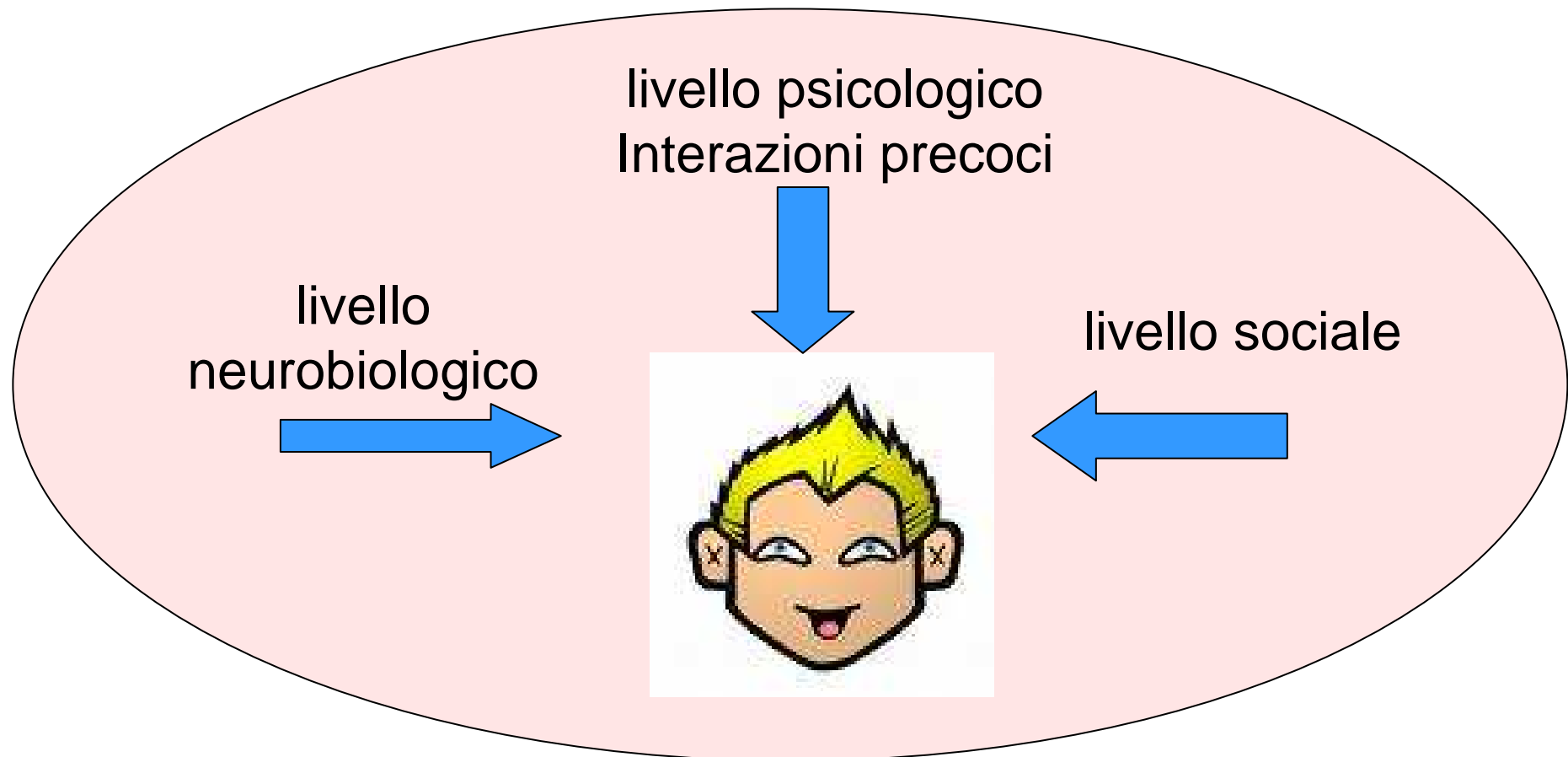
- Nel primo caso la tendenza è **simpatica, dopaminergica e ventro-tegmentale**, e si manifesta biochimicamente con **alti livelli di dopamina mesolimbica** durante gli stati di stress, che i soggetti riescono a modulare con fatica.
- La dopamina prodotta va inoltre ad alimentare anche il circuito della ricompensa e salda l'attaccamento del soggetto al suo nucleo familiare per quanto inadeguato.



Multidimensionalità del disturbo

Livelli bio-psico-sociali

(J.Paris, C.Perris, J.Gunderson, M.C.Zanarini,)



Sofferenza dei legami transgenerazionali: disorganizzazione dell'attaccamento

Main, 2000, Lyons Ruth 2003, Fonagy 2002, Liotti 2006

il genitore in un legame disorganizzato

- se ha scoppi di collera,
violenza immotivata



può spaventare
il bambino



- se è vulnerabile, con lutti
non risolti



chiede aiuto al figlio
o esporta il lutto



Conseguenze nel tempo dell'Attaccamento Disorganizzato

- Sulla base di alcuni studi condotti nell'ambito della teoria dell'attaccamento si è evidenziata la **tendenza a confermare nell'età adulta i MOI costruiti in infanzia**: questo permette di spiegare il motivo per cui un pattern di attaccamento D, possa porre le basi per un successivo sviluppo della patologia borderline.
- L'attaccamento traumatico può determinare **una carenza nello sviluppo metacognitivo tale da inficiare la capacità di riflettere sui propri stati mentali e quelli altrui**, rendendo incapace il soggetto di regolare e modulare l'esperienza emotiva e le sue azioni, le sue reazioni e relazioni con gli altri.

Conseguenza nel tempo

(Fonagy)

- vulnerabilità e disregolazione emotiva, rendono il soggetto traumatizzato **controllante, ipervigile** e molto più sensibile a traumi successivi e **al collasso dissociativo**.
- Inoltre la **parte aliena** interiorizzata, (frammenti non mentalizzati) immessa dal caregiver assumerà per il futuro border carattere di estraneità e persecutorietà e rappresenterà un continuo pericolo di auto-danneggiamento.
- Tenderà inoltre a essere esteriorizzata e collocata nelle relazioni successive di attaccamento e a produrre modalità rigide e primitive o del “far finta” dissociato.

Parliamo di:

- Prospettive nei modelli di trattamento
- I risultati della ricerca per la cura del DBP
- Fattori comuni di cambiamento
- Aspetti specifici di alcuni modelli per l'utilizzo nei servizi
- Progetto di sperimentazione nel DSM di Niguarda a Milano

Due prospettive opposte nei modelli di trattamento?

- “Esistono tante vie per l’evoluzione del disturbo borderline di personalità, quanti sono i pazienti borderline” (*Zanarini, Frankenburg 1997, 2005, Madeddu 2005*)
- “Va sempre più prendendo piede l’ipotesi della mentalizzazione come caratteristica centrale della terapia del Disturbo Borderline di Personalità. Il concetto di mentalizzazione non solo fornisce un quadro comune che spiega come possano funzionare approcci molto differenti, ma consente anche di cogliere le differenze tra i vari trattamenti rispetto a questo tema”. (*Associazione Italiana per lo studio dei disturbi di Personalità, Maffei, Fossati, Visintini, Barone, Semerari, 2006*)

Che cosa ci dice la ricerca sui fattori di efficacia?

7 Trattamenti hanno realizzato una manualizzazione e ricerche di validazione

- CBT 1990 Terapia cognitivo comportamentale di Beck
- DBT 1993 Terapia dialettico-comportamentale di M. Linhean
- TFP 1999 Psicoterapia basata sul transfert di Kernberg
- TRI 2003 Terapia ricostruttiva interpersonale di L. Benjamin
- ST 2003 Schema Therapy di Young, Klosko
- CAT 2004 Terapia cognitivo-analitica di Ryle
- MBT 2004 Trattamento basato sulla mentalizzazione di Bateman e Fonagy

Fattori di tecnica clinica proposti da Kernberg comuni ad altri modelli

* = principio messo in atto con modalità diverse dal modello tradizionalmente psicodinamico

PRINCIPI TFT Kernberg	IRT Benjamin	DBT Linehan	MBT Bateman Fonagy	TCE Liotti
Stabilità della cornice	SI	SI	SI	SI
Partecipazione del terapeuta	SI	*	SI	*
Tolleranza dell'ostilità	SI	SI	SI	SI
Scoraggiamento dei comportamenti autodistruttivi	SI	SI	SI	SI
Uso dell'interpretazione	*	*	SI	*
Blocco degli agiti	SI	NO	SI	SI
Interpretazioni sul qui-e-ora	SI	SI	SI	SI
Monitoraggio del controtransfert	SI	NO	SI	SI

- ...pur essendo ancora lontani dal possedere evidenze empiriche
- Gli studi fatti fin'ora confermano il successo del trattamento psicoterapeutico (soprattutto a orientamento psicodinamico) per il miglioramento in numerose aree del disturbo e un elevato rapporto costi/benefici

(Stevenson e Meares 1992, Gabbard 2000, Leichsenring e Leibing 2003)

Staff della Corneille University Presbyterian Hospital

New York



Otto F. Kernberg, **Director** of the Personality Disorders Institute; F. Clarkin, PhD, **Co-Director**
STAFF: Ann Appelbaum, Diana Diamond, Pamela Foelsch, Mark F. Lenzenweger, Kenneth Levy,
Armand W. Loranger, Michael Stone, Frank E. Yeomans,

Quale tipo di paziente può utilizzare la TFP (terapia focalizzata sul transfert) di Kernberg?

Un paziente che, pur con una diagnosi grave di DBT, si possa trattare come “una persona responsabile, adulta, in modo che tutti gli interventi dal punto di vista della neutralità tecnica si rivolgano a quella parte dell’Io del paziente in cui la capacità di ragionamento, le considerazioni etiche e le capacità di prendere decisioni sono preservate”

Per cui il terapeuta nella relazione duale nelle 2 sedute settimanali:

- **Istituisce un forte contratto in cui si anticipano con il paziente i possibili eventi scatenanti la crisi e il drop-out e proporre gli strumenti e contesti per affrontarli**
- **Progetta strategie, tattiche e scansioni nel percorso terapeutico**
- **Contiene nel trasfert le rappresentazioni di relazioni interiorizzate (negative e positive)**
- **Eplora le diadi di relazioni oggettuali scisse partendo da quelle dominanti**
- **Utilizza l'interpretazione anche del transfert negativo nell'hic et nunc**
- **Orienta all'integrazione delle scissioni**

La rassegna delle ricerche sui modelli di trattamento per pazienti borderline ha individuato queste caratteristiche comuni come fattori di efficacia:

(Bateman e Fonagy 2000, 2004)

- 1. Alto livello di strutturazione**
- 2. Realizzazione coerente e affidabile con una forte alleanza tra paziente e terapeuta che ha un ruolo abbastanza attivo**
- 3. Chiaro focus** (vedi comportamenti autolesivi o pattern ricorrenti)
- 4. Coerenza teorica**
- 5. Flessibilità**
- 6. Intensità modulata in base ai bisogni**
- 7. Approccio personalizzato (a lungo termine)**
- 8. Buona integrazione con altri servizi di comunità**

La terapia dialettico-comportamentale di Marsha Linehan DBT



Fondato su un approccio dialettico di matrice filosofica, deriva dalla teoria cognitivo-comportamentale, ma si differenzia da essa per l'importanza cruciale data alla **regolazione e validazione emotiva.**

Si basa sulla "TEORIA BIOPSIOSOCIALE", secondo la quale all'origine del BPD c'è una **compromissione della regolazione delle risposte emozionali** dovuta a due fondamentali fattori:

- 1) **AMBIENTE INVALIDANTE** (famiglia caotica, perfetta, tipica)
- 2) **VULNERABILITA' EMOTIVA DI BASE TRASMESSA GENETICAMENTE.**

Strategia clinica

- Uno dei principi fondamentali cui si ispira è la **dialettica**, secondo la quale la realtà individuale è costituita da forze dinamiche contrapposte; la terapia quindi ricerca una sintesi che equilibri due posizioni estreme ed è perseguita in ogni ambito, dai nuovi comportamenti che il paziente deve apprendere, alla scelta delle tecniche da utilizzare nel corso della terapia in una compresenza di **empatia validante** gli stati del paziente e **confrontazione "irriverente"** orientata al cambiamento.

Quale paziente è più adatto per la terapia dialettico-comportamentale?

- Gravi suicidiosi cronica e automutilazioni
- Pazienti con doppia diagnosi
- Tossicodipendenti

Miglioramenti accertati per: agiti suicidari, agiti autolesivi, permanenza nella cura e diminuzione giorni di ospedalizzazione

Fasi del trattamento DBT

La terapia è divisa in 4 fasi:

- nella prima (1 anno) ha come finalità la riduzione dei comportamenti suicidari, autolesivi e impulsivi attraverso l'incremento della capacità di autoregolazione,
- nella seconda si lavora a livello emotivo riducendo lo stress post-traumatico
- nella terza e quarta lo si prepara a concorrere autonomamente al raggiungimento dei propri obiettivi migliorando le abilità relazionali e la qualità della vita.

Setting: 3 terapeuti che cooperano

- **1 seduta di psicoterapia individuale** e **1 di gruppo** di tipo pedagogico-riabilitativo, per l'*acquisizione delle abilità di regolazione degli stati emotivi*; **telefonate** nei momenti di crisi.
- trattamento psicofarmacologico
- **riunioni e lavoro di équipe** di sostegno al terapeuta

Staff di Peter Fonagy UCL London



Fonagy



Bateman



Mary Target



Tuckett



Bailly

Fondamenti

- Orientamento evolutivo che parte dai risultati della ricerca empirica dell''*Infant research*' e della teoria dell'attaccamento e dalla considerazione delle implicazioni neurobiopsicologiche provocate dalle relazioni traumatiche originarie.
- Trattamento erogato dal '*National Health Service*' totalmente gratuito

Quale paziente è più adatto per la terapia basata sulla mentalizzazione?

Nell'assessment vengono orientati:

- verso il day hospital (stile di vita caotico, abitazione precaria, gravi rischi suicidari, abuso di sostanze, mancanza del controllo degli impulsi, problemi con la legge, mancata risposta ai ricoveri, danni in vaste aree del Sé).
- Verso l'ambulatorio a programma intensivo: gli altri meno gravi con i seduta individuale e una di gruppo a settimana.
- Tutti i tipi di paziente borderline, anche i più deteriorati su varie aree e antisociali.

Terapia basata sulla mentalizzazione di Bateman e Fonagy

Si propone dopo una fase contrattuale che istituisce un'alleanza di:

- Comprendere e accettare i limiti delle capacità di mentalizzazione del paziente
- Costruirsi una rappresentazione degli stati interni e favorire l'emergere di questo stesso processo nei pazienti
- Concentrarsi su questi stati mentali
- Sostenere il processo malgrado le costanti provocazioni agite dal paziente
- Colmare il vuoto tra l'esperienza affettiva primaria del paziente borderline e la sua rappresentazione simbolica
- Lavorare sul transfert: il transfert è percepito dai pazienti borderline come una cosa reale, veritiera e attuale ed è in questo modo che l'èquipe terapeutica deve accoglierlo
- Mantenere una vicinanza mentale: Il compito del terapeuta è di significare in modo accurato lo stato affettivo del paziente e le rappresentazioni interne che lo accompagnano.
- Riconnettere il paziente al presente, spostando il processo terapeutico nel "qui e ora" analizzando l'esperienza attuale.
- Incrementare i processi di mentalizzazione

Tecniche Fondamentali

- Interpretazione
- Transfert
- Mentalizzazione
- Affettività e significato
- Assistenza psichiatrica integrata

Interventi Equipe integrata

- Individuali
- Psicoterapia di gruppo
- Espressivi

Setting

- Frequenza: 2-5 incontri settimanali
- Durata: 18 mesi
- Contesto: Ambulatoriale (OPD) e ospedalizzazione parziale

Per i pazienti più gravi

(Migone, Semerari 2006)

La DBT e il MBT (le 2 terapie con un maggior numero di ore e tipi di intervento) sembrano garantire per i pazienti più gravi che presentano disturbi in tutte le aree sintomatiche un "effetto massa" attraverso una molteplicità di setting e di interventi, costituito da molte ore settimanali in cui il paziente è impegnato in qualche tipo di attività terapeutica.

Questo effetto globale e intensivo della cura, che interviene su tutte le aree del disturbo, consente la riduzione anzitutto dei sintomi comportamentali per poi intervenire sui problemi di identità e di relazione.

Progetto di sperimentazione nel DSM di Niguarda a Milano

Erlicher, Righi, Vigorelli Mito&Realtà



Riflessione sui livelli di cura per i pazienti borderline proposti da Gunderson (McLean Hospital Boston)

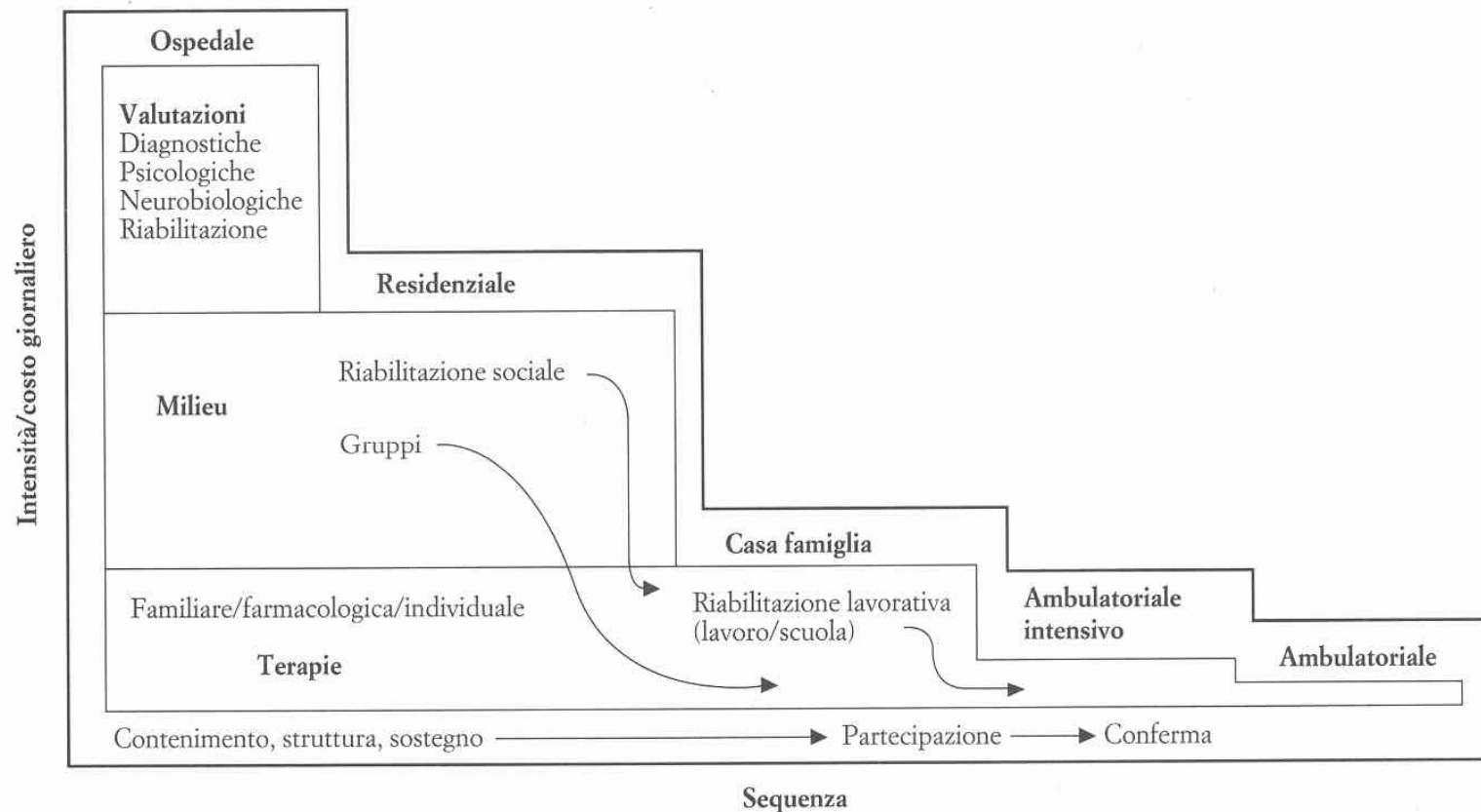
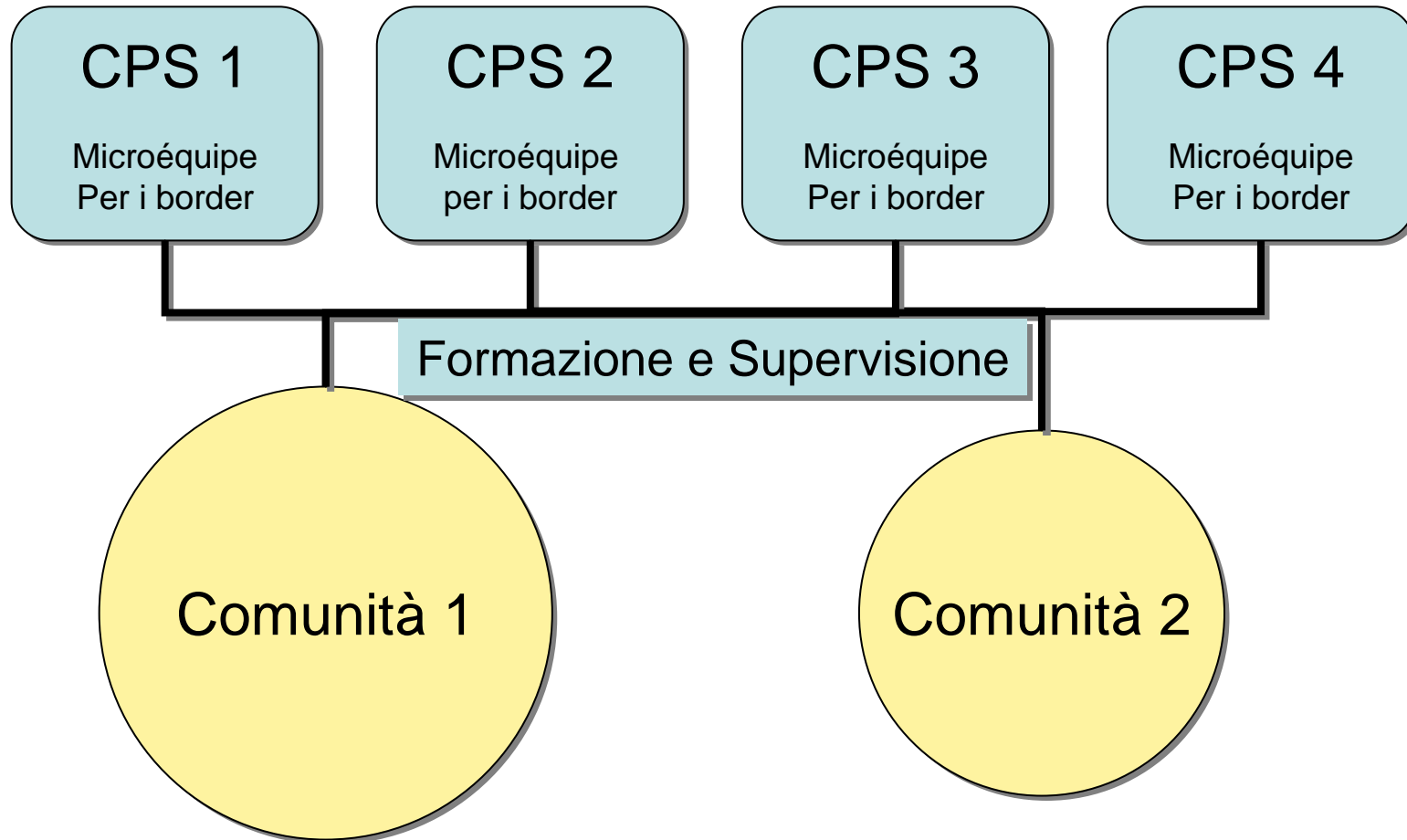


Figura 3.1 Modalità multiple e servizi intermedi.

Ipotesi organizzativa di trattamento per il DSM di Niguarda

- 1) Definizione di una micro-équipe all'interno dei 4 Centri di salute mentale territoriali
(psichiatra-psicologo-operatore/i di base almeno 3)
Funzioni: raccolta della domanda, valutazione diagnostica, terapia individuale e gruppo orientato alla mentalizzazione, intervento con i familiari)
- 2) Disporre di una residenza a media protezione (6 posti), e di una a bassa protezione (3 posti), con confini flessibili (periodi a tempo definito e possibili rientri) Funzioni: distacco temporaneo dall'ambiente patogeno, contenimento agiti autolesivi, rafforzamento dell'alleanza nel progetto di cura)
- 3) Formare una cultura specifica e condivisa sul paziente borderline nel gruppo complessivo degli operatori (incontri iniziali) con una supervisione quindicinale di monitoraggio
- 4) Valutazione semestrale per autoriflessione e ricerca

Dipartimento di Salute Mentale Niguarda



Strumenti di valutazione specifici - oltre ICD-9 e HoNOS - adottati da tutti gli operatori della sperimentazione

- L'intervista diagnostica per il disturbo borderline **DIB-R** (Gunderson, Zanarini 1994) per la valutazione diagnostica differenziale del DBT, semistrutturata, 127 item in 4 sezioni: Affetti, Pensiero, Comportamenti impulsivi, Relazioni interpersonali.
- Dissociative Experiences Scale **DES** (Carlos e Putnam) autosomministrato, 27 item.

Per dimensioni più specifiche:

- Addiction Severity Index **ASI** (McLellan et al.1980)
- Scale for Suicidale Ideation, **SSI** (Beck et al.1997)