



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**OLTRE LA LINEA DI CONFINE.**

**Esordio di disturbo di personalità**

**borderline.**

Relatore:  
Maurizio Ercolani

Tesi di Laurea di:  
Denise Di Fiore

A.A. 2019/2020

Alla mia famiglia e ai miei amici più cari.

## **INDICE**

INTRODUZIONE.....	3
<b>CAPITOLO I.....</b>	<b>4</b>
I EVOLUZIONE CONCETTO BORDERLINE.....	4
1.1 IL DSM.....	6
1.2 INTRODUZIONE FIGURA BORDERLINE.....	8
1.3 DIFFERENZE TRA DMS-IV E DSM-IV-TR.....	9
1.4 DMS-5.....	11
1.5 GAF.....	12
1.6 DIAGNOSI DEL DBP SECONDO DSM.....	14
1.7 DIAGNOSI ALTERNATIVA.....	15
1.8 FATTORI DI RISCHIO.....	17
1.9 BORDERLINE E ADOLESCENZA.....	18
<b>CAPITOLO II.....</b>	<b>20</b>
II CASO CLINICO.....	20
2.1 DISCUSSIONE CASO CLINICO.....	22

2.2	LE EMOZIONI.....	23
2.3	FATTORE CEREBRALE.....	26
2.4	AUTOLESIONISMO E VISIONE BORDERLINE.....	28
2.5	TEST DIAGNOSTICI.....	30
2.6	LA FIGURA DEL MEDICO.....	34
	<b>CAPITOLO III.....</b>	<b>37</b>
III	LE TERAPIE.....	37
3.1	DBT.....	38
3.2	MBT.....	41
3.3	GESTIONE FARMACOLOGICA.....	43
	CONCLUSIONE.....	46
	SITOGRAFIA.....	47
	BIBLIOGRAFIA.....	49

## INTRODUZIONE

Il termine Borderline derivante dall'inglese "Border" (confine) e "line" (linea), fa riferimento in un senso più generico e ampio a qualcosa che non è esattamente definibile, che si trova cioè in una posizione intermedia tra due condizioni o stati ben definiti.

Da un punto di vista psichico invece, si fa riferimento a un disturbo della personalità caratterizzato da forte instabilità nelle relazioni, nella stima di sé, nell'umore, e da marcata impulsività.

## CAPITOLO I

### EVOLUZIONE DEL CONCETTO BORDERLINE

I primi a parlare di questo concetto furono Langston Huges e Lloyd Ross, essi considerarono per prima questa “entità nosografica nuova” erano gli ultimi anni dell’800 nei quali le uniche diagnosi psichiatriche note erano quelle Kraepeliniane (dementia praecox e malattia maniaco depressiva.)

Quindi Borderline era la linea di confine tra la psicosi e la nevrosi.

Il “vero” padre che coniò la terminologia di personalità borderline fu Adolph Stern nel 1938 con il “concetto di confine”.

Lui osservò che molti assistiti presentavano caratteristiche non assimilabili alle classifiche nosologiche in uso all’epoca e che non rispondevano nemmeno ai trattamenti psicoterapeutici.

Stern perciò parlerà di disturbo borderline come un disturbo psichico che si trova al confine tra la nevrosi e la psicosi, concetto asseribile solo se abbiamo una classificazione di tipo dimensionale, cosa che all’epoca non c’era e subentrata solo con il DSM-5 (manuale diagnostico statistico) che vedremo più avanti.

Infatti il primo manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali,redatto dall'American Psychiatric Association risalente al 1952 non inserì nulla riguardante questa patologia.

## 1.1 il dsm

Il manuale diagnostico statistico si pone di trattare qualsiasi classificazione senza rifarsi a nessuna delle scuole di pensiero che hanno nel corso degli anni descritto le problematiche psichiche, tramite approccio a-teoretico considerato come un approccio attendibile scientificamente, ma che con il passare degli anni scopriremo che fu lo stesso influenzato dalle varie teorie.

Charles Robert Knight (1953) nonostante ciò riprese questa teoria con il suo saggio sugli “stati borderline” sottolineando però che queste persone avevano un’entità nosografica abbastanza autonoma, in quanto nascondessero una severa debolezza dell’Io, inclusa l’incapacità di programmare realisticamente, l’incapacità di difendersi contro impulsi primitivi e la predominanza dei processi di pensiero primario sui processi di pensiero secondario , ma non bastò per essere abbastanza convincente e di delineare la figura di un soggetto borderline.

Nel 1968 Roy Grinker, fu il primo ad effettuare una vera ricerca, su 51 ospedalizzati, con un certo rigore diagnostico verso la sindrome borderline.

Da questo studio evidenziò che ci sono quattro sottogruppi di persone con disturbo borderline di personalità, che sembrano distribuirsi su un continuum che va da un “versante psicotico” (tipo I) ad un “versante nevrotico“ (tipo IV). Tra i due estremi è presente un gruppo che presenta prevalentemente affetti negativi e difficoltà nel mantenere relazioni interpersonali stabili (tipo II) e un



altro gruppo (tipo III) caratterizzato da una generale perdita d'identità, con il conseguente bisogno di prendere in prestito l'identità da altri.

Uno dei contributi più importanti di questo studio empirico è l'osservazione che la sindrome borderline deve assolutamente essere distinta dalla schizofrenia.

Grinker e collaboratori trovano che, con il passare del tempo, le persone con sindrome borderline non sviluppano una franca schizofrenia, piuttosto rimangono stabilmente instabili nel corso della loro malattia.

## 1.2 introduzione figura borderline

Dopo tutte queste ricerche e la pubblicazione di una seconda revisione e pubblicazione del DSM, nel 1980 viene finalmente introdotto il disturbo borderline al suo interno, ma sempre in maniera molto blanda, in quanto viene definito disturbo instabile di personalità, che è più descrittiva e che avrebbe indubbiamente portato molti vantaggi nelle diagnosi tanto che negli Stati Uniti divenne il disturbo maggiormente diagnosticato.

### 1.3 differenze tra DSM-IV e DSM-IV-TR

Troviamo una reale svolta per quanto riguarda il disturbo di personalità Borderline tra il 1994 e il 2000 con il DSM-IV e la sua rispettiva revisione DMS-IV-TR in quanto viene introdotta la valutazione multiassiale.

Ne sono presenti cinque:

ASSE I: disturbi clinici e altre condizioni che richiedono attenzione clinica.

ASSE II: disturbi di personalità, ritardo mentale.

ASSE III: condizioni mediche generali.

ASSE IV: problemi psicosociali e ambientali.

ASSE V: valutazione globale del funzionamento.

Ci soffermiamo un attimo sull'Asse I e II , in quanto su primo si parla del soggetto "eccentrico-strano", caratterizzato da comportamenti e pensieri inusuali e dall'incapacità di stabilire relazioni interpersonali soddisfacenti ad esempio un paranoide-schizoide-schizotipico.

Invece nel secondo si parla del soggetto impulsivo-imprevedibile-drammatico, caratterizzato da impulsività, instabilità della percezione di sé, ricerca continua di attenzione come un narcisistico-antisociale-istrionico-borderline.

Ma visto che ci interessa nello specifico del borderline, anche con il DSM-IV/DSM-TR troviamo delle incongruenze perché tramite questa divisione si utilizzano delle categorie e ciò significa suddividere le malattie mentali appunto

in categorie diagnostiche (schizofrenia, depressione, ansia, ecc.), in linea con la tradizione della medicina e della psichiatria kraepeliniana e neo-kraepeliniana.

Come è scritto nell'introduzione del DSM-IV, "un approccio categoriale nella classificazione funziona nella maniera migliore quando tutti i membri di una classe diagnostica sono omogenei, quando vi sono chiari confini tra le varie classi, e quando le varie classi sono mutuamente esclusive"; potremmo aggiungere che il sistema categoriale funziona meglio per le malattie gravi, e molto meno per diagnosticare quei malesseri, quelle ansie quotidiane, che affliggono un po' tutti noi sconfinando nella normalità.

## 1.4 il DSM-5

Quindi con ciò che ho detto prima serve una classificazione di tipo dimensionale e subentra solo con il DMS-5 nel 2013, come ben capiamo son passati circa 60 anni ed ancora non è chiara la figura della persona affetta da disturbo Borderline di personalità.

Con la pubblicazione di quest'ultimo manuale viene rimosso il sistema multiassiale della diagnosi (ex Asse I, Asse II, Asse III), che elenca tutti i disturbi.

Il DSM-5 viene suddiviso in tre sezioni importanti:

Sezione-1: Introduzione ed istruzioni per l'uso di DSM-5

Sezione-2: Categorie diagnostiche che contengono tre elementi importanti, vale a dire, classificazione diagnostica, insiemi diagnostici di criteri e materia testuale descrittiva

Sezione-3: Informazioni per quanto riguarda gli strumenti di auto-valutazione e una categoria speciale che contiene i disturbi mentali che richiedono la maggior ricerca.

Ha sostituito l'Asse IV con significative caratteristiche psico-sociali e contestuali e lascia cadere Asse V (Global Assessment of Functioning, noto come GAF).

Tutto ciò perché?

## 1.5 GAF

Nel DSM esiste un criterio D in quasi tutte le patologie che dice il quadro sintomatologico crea una disfunzione socio-lavorativa importante, puntando tutto su questa disfunzione.

Su questa base si identifica la GAF, è un test effettuabile anche dal personale infermieristico, ed è una scala che va da 100 a 0 e spiega come in ogni singolo punteggio cosa può capitare ad un assistito, ma ben analizzandola si basa molto sull'impeachment socio-lavorativo.

Ci sono tre gruppi di disturbi di personalità divisi in cluster.

Il cluster A è caratterizzato dall'apparire strano o eccentrico con caratteristiche distintive e troviamo il paranoide, lo schizoide e lo schizotipico.

Il cluster B è caratterizzato da comportamenti drammatici come l'antisociale, il borderline, l'istrionico e il narcisistico.

Nel cluster C è caratterizzato da comportamenti ansiosi o paurosi : l'evitante, il dipendente e l'ossessivo compulsivo.

C'è la necessità di cambiare questo tipo di classificazione, perché questo criterio D sui disturbi di personalità e in particolare su quello Borderline non serve a nulla, perché questi soggetti possono sviluppare delle difese e quindi non risultare quando si va a fare la scala GAF , e non possono neanche essere

valutati avendo dei criteri stringenti ,bisogna fare la classificazione dimensionale e capire che cosa rende il disturbo di personalità un disturbo , ovvero quando un tratto di personalità patologico crea difficoltà relazionali ,quando un pattern stabile di relazioni e comportamenti diventa deviante e impedisce alla persona di vivere la propria vita.

Da questa problematica che nasce la necessità di teorizzare una classificazione di tipo dimensionale che non conti dei criteri, ma che conti organicamente un quadro.

#### The Global Assessment of Functioning (GAF)

Source: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*

- **100-91:** Superior functioning in a wide range of activities, life's problems never seem to get out of hand, is sought out by others because of his or her many positive qualities. No symptoms.
- **90-81:** Absent minimal symptoms (e.g. mild anxiety before an exam), good functioning in all areas, interested and involved in a wide range of activities, socially effective, generally satisfied with life, no more than everyday problems or concerns (e.g., an occasional argument with family members).
- **80-71:** If symptoms are present, they are transient and expectable reactions to psychosocial stressors (e.g., difficulty concentrating after family argument); no more than slight impairment in social, occupational, or school functioning (e.g., temporarily falling behind in school work).
- **70-61:** Some mild symptoms (e.g., depressed mood and mild insomnia) OR some difficulty in social, occupational, or school functioning (e.g., occasional truancy, or theft within the household), but generally functioning pretty well, has some meaningful interpersonal relationships.
- **60-51:** Moderate symptoms (e.g., flat and circumstantial speech, occasional panic attacks) OR moderate difficulty in social occupational, or social functioning (e.g., few friends, conflicts with co-workers).
- **50-41:** Serious symptoms (e.g., suicidal ideation, severe obsessional rituals, frequent shoplifting) OR any serious impairment in social, occupational, or school functioning (e.g., no friends, unable to keep a job).
- **40-31:** Some impairment in reality testing or communication (e.g., speech is at times illogical, obscure, or irrelevant) OR major impairment in several areas, such as work or school, family relations, judgment, thinking, or mood (e.g., depressed man avoids friends, neglects family, and is unable to work; child frequently beats up younger children, is defiant at home, and is failing at school).
- **30-21:** Behavior is considerably influenced by delusions or hallucinations OR serious impairment in communication or judgment (e.g., sometimes incoherent, acts grossly inappropriately, suicidal preoccupation) OR inability to function in almost all areas (e.g., stays in bed all day, no job, home, or friends).
- **20-11:** Some danger of hurting self or others (e.g., suicide attempts without clear expectation of death, frequently violent, manic excitement) OR occasionally fails to maintain minimal personal hygiene (e.g., smears feces) OR gross impairment in communication (e.g., largely incoherent or mute).
- **10-1:** Persistent danger of severely hurting self or others (e.g., recurrent violence) OR persistent inability to maintain minimal personal hygiene OR serious suicidal act with clear expectation of death.
- **0** Inadequate information.

## 1.6 diagnosi del DBP secondo il DSM

Nella Sezione III del DSM-5 viene presentato il modello di ricerca proposto per la diagnosi e concettualizzazione di Disturbo di Personalità sviluppato dal Personality and Personality Disorders Work Group del DSM-5. In questo modello, la diagnosi di un Disturbo di Personalità (DBP) viene formulata essenzialmente tenendo in considerazione due livelli: il funzionamento sul piano identitario e interpersonale (Criterio A); la presenza di uno o più tratti di personalità patologici (Criterio B). Per formulare una diagnosi di Disturbo di Personalità, la compromissione del funzionamento e i tratti di personalità patologici devono essere relativamente inflessibili e pervasivi, interessare la maggior parte delle situazioni sociali e personali, essere relativamente stabili nel tempo, con un esordio nella tarda adolescenza o nella prima età adulta. I principali Disturbi di Personalità riconosciuti sulla base di questo modello sono: il disturbo di personalità antisociale, evitante, borderline, narcisistico, ossessivo-compulsivo e schizotipico.



## 1.7 diagnosi alternativa

L'alterazione nel **funzionamento del Sé e interpersonale** rappresentano il nucleo psicopatologico dei disturbi di personalità e, in questo modello diagnostico alternativo, vengono considerati su un continuum tra normalità e patologia, a seconda del livello di adattamento e della pervasività del quadro.

Nello specifico, il funzionamento del Sé comprende due elementi:

- 1) l' **Identità**, intesa come l'esperienza di un sé unico, con chiari limiti rispetto al mondo esterno, capace di regolare le proprie esperienze emotive, stabile nella stima di sé e in grado di autovalutarsi;
- 2) l' **Autodirezionalità**, intesa come capacità di perseguire in modo coerente obiettivi esistenziali significativi sia nel breve che nel lungo periodo, utilizzo di standard interni di comportamento costruttivi e pro-sociali, capacità autoriflessiva.

Il funzionamento interpersonale comprende invece l' **Empatia** e l' **Intimità**: con il primo termine si fa riferimento alla capacità di comprendere e valutare l'esperienza e le motivazioni altrui, tollerare le prospettive differenti, comprendere gli effetti del proprio comportamento; con il secondo, si intende la capacità di mantenere un profondo e duraturo rapporto con gli altri, il desiderio e la capacità di mantenere una vicinanza e un comportamento improntato al rispetto reciproco.

Nello specifico del caso Borderline è caratterizzato da instabilità dell'immagine di sé, delle relazioni interpersonali ed affetti, accompagnata da impulsività e tendenza a correre rischi e ostilità.

Quando si parla di identità abbiamo un'immagine di sé marcatamente impoverita, scarsamente sviluppata o instabile.

Eccessiva autocritica, sentimenti cronici di vuoto e stati dissociativi sotto stress.

La sua autodirezionalità è caratterizzata da instabilità di obiettivi aspirazioni e valori e progetti relativi alla professione.

Per quanto riguarda l'empatia: compromessa capacità di riconoscere sentimenti e bisogni degli altri.

Ipersensibilità interpersonale quindi tende a sentirsi offeso o insultato, ha la percezione degli altri selettivamente distorta rispetto a caratteristiche negative o vulnerabilità proprie.

Invece per l'intimità abbiamo relazioni affettive intense, instabili e conflittuali, diffidenza, dipendenza, preoccupazione per abbandono reale o immaginato.

Perché mi sono voluta soffermare su questo?

La risposta è che chiaramente non è così semplice evidenziare e/o diagnosticare questo tipo di patologia.

## 1.8 fattori di rischio

Esistono dei fattori di rischio che possono portare a sviluppare tale disturbo, quali :

**La storia familiare:** le persone che hanno un parente stretto, con il disturbo possono essere maggiormente a rischio di sviluppare un disturbo borderline di personalità.

**Fattori cerebrali:** gli studi dimostrano che le persone con un DBP possono avere cambiamenti strutturali e funzionali del cervello, specialmente nelle aree che controllano gli impulsi e la regolazione emotiva. Ma non è chiaro se questi cambiamenti siano fattori di rischio per il disturbo o causati dal disturbo stesso.

**Fattori ambientali, culturali e sociali:** molte persone con un disturbo borderline riferiscono di aver vissuto eventi traumatici della vita, come abuso, abbandono o avversità durante l'infanzia. Altri potrebbero essere esposti a relazioni instabili, invalidanti e conflitti ostili.

## 1.9 Borderline e adolescenza

E' un disturbo che insorge durante il periodo dell'adolescenza o della prima età adulta, quindi come ben capiamo specialmente quando ci troviamo dei soggetti dai 14 ai 18 anni, vedere questo tipo di comportamenti ci sembrerebbe quasi normale visto che è il periodo in cui si cresce, c'è lo sviluppo ormonale e si cambia.

Soggetti così, visti da un occhio "laico" porterebbero a dire "Che sarà mai, è l'adolescenza, con il passare degli anni si calmerà."

Durante una fase di sviluppo, il piano dei sintomi e dei comportamenti è molto problematico, non avendo il carattere definito e stabile degli adulti; essi infatti, tendono a modificarsi in base all'influenza dei cambiamenti che stanno avvenendo a livello cognitivo, affettivo e dell'identità.

I loro comportamenti andranno dunque interpretati in relazione al loro significato transitorio all'interno di un processo di crescita, oppure inquadrati come conseguenza di un arresto nella crescita, di una struttura di personalità che mostra a distanza di tempo di non riuscire a gestire le proprie spinte evolutive, come quelle provenienti dal contesto, finendo per poterle unicamente proiettarle all'esterno con azioni impulsive o di scarica motoria.

Per fare una diagnosi di DBP in adolescenza quindi non bisogna basarsi solamente sui sintomi, ma anche e soprattutto sul funzionamento psichico che

sta dietro ai sintomi, c'è bisogno di una diagnosi multidimensionale che tenga conto dei molteplici fattori facenti parte della personalità dell'adolescente.

Quando è opportuno indagare su questi soggetti?

Da un punto di vista familiare, i genitori si rendono conto che non riescono più ad esercitare il loro potere sul figlio in quanto inizia a non rispondere più alle richieste familiari, è impulsivo, intollerante, diventa incontrollabile.

La paura iniziale è spesso legata al rendimento scolastico, sono persone che raramente tendono a mantenere un livello adeguato di preparazione, sembrano anzi voler lasciare la scuola e comunque non si dedicano molto allo studio e alla preparazione, alcuni continuano negli studi ma senza una grandissima dedizione.

Ben presto però le preoccupazioni si spostano su altro, l'uso di sostanze di abuso, i comportamenti aggressivi a volte molto violenti, il pensiero suicidario o le condotte autolesive come procurarsi tagli sulle braccia, e a volte tentativi di suicidio vero e proprio.

Quindi c'è il bisogno costante di valutare qualsiasi comportamento sin dall'inizio per vedere se tutto questo rientra negli "standard" di un comportamento adolescenziale oppure no.

## CAPITOLO II

### CASO CLINICO

Per renderci conto di come funziona un esordio Borderline in età adolescenziale riporterò un caso, il nome è totalmente casuale ed inventato.

Emma, ragazza di quasi 16 viene trasportata al pronto soccorso per stato di agitazione.

Viene richiesta una consulenza psichiatrica dalla quale risulta che al momento del colloquio l'assistita appare vigile, lucida, orientata nel tempo, nello spazio e verso cose e persone. Risulta disponibile e accessibile al colloquio clinico.

La mimica e la gestualità appaiono improntate ad ansia e tensione a tratti fatue poco congrue con il contesto e i contenuti di coscienza.

L'eloquio, lievemente rallentato non presenta alterazioni dei nessi associativi.

Funzioni intellettive nella norma per età e scolarità. Funzioni cognitive prive di alterazioni a carico di attenzione e memoria.

I contenuti del pensiero appaiono polarizzati su tematiche di inaiutabilità e colpa e inerenti lo status familiare (vive in comunità educativa con un fratello, e le altre sorelle sono in affido in famiglia.)

Emergono tono dell'umore deflesso, idee di morte, elevate quote di ansia libera, modalità affettivo emotive di tipo epitimico.

Nella giornata di ieri ha avuto un episodio di agitazione psicomotoria a seguito di un litigio con il fratello minore e ha tentato dapprima di prendere un coltello per tagliarsi, nella giornata odierna ha tentato di fuggire e defenestrarsi, bloccata dall'operatore che l'ha poi accompagnata in pronto soccorso tramite ambulanza.

Attualmente riferisce ideazione anticonservativa accompagnata da fermi sentimenti di colpa e inaiutabilità, e frustrazione per la permanenza in comunità.

Durante l'età scolastica ha subito la perdita della madre in un incidente stradale, fatto del quale l'assistita tende ad attribuirsi la responsabilità in modalità rigida ma criticata.

Riferisce in passato recente maltrattamenti ad opera del padre, a seguito dei quali sarebbe entrata in comunità con il fratello in stato di affidamento. Riferisce utilizzo sporadico di cannabinoidi.

Come possiamo osservare è un caso molto complicato che ci porta a pensare che sia proprio un esordio di disturbo di personalità.

Per arrivare al gesto di autolesionismo e pensiero di suicidio ci sono stati prima molti step che hanno indotto la ragazza ad avere una destrutturazione della personalità.

Sin dalla tenera età con la morte della madre, poi il caso di violenza in famiglia da parte del padre, la separazione con i fratelli e la vita in comunità.

## 2.1 discussione caso clinico

Emma a 16 anni si trova nel pieno della fase adolescenziale con tutti i problemi annessi che ha dovuto affrontare quando era solo una bambina, durante quel periodo ovviamente non aveva a disposizione la maturità e i mezzi per riuscire a “metabolizzare” e tutto ciò le causò una visione distorta di sé e della realtà che la circonda.

Per quello che è l’immaginario collettivo pensiamo che questa ragazza, mentre racconta la sua storia, sia assalita da un sentimento di tristezza e angoscia, ma in realtà non è così.

Si presenta in modo rabbioso e in continua tensione.

Infatti, proprio come un borderline, racconta il proprio vissuto in modo teatrale, facendo sentire il proprio dolore a chi lo sta ascoltando riuscendo ad essere molto coinvolgente.

Il curante, essendosi dapprima confrontato con l’operatore che l’ha accompagnata al pronto soccorso, ha saputo che lei voleva defenestrarsi in quanto nella comunità non le era consentito utilizzare il cellulare tutto il giorno, e ha reagito così.



## 2.2 le emozioni

Quando è presente una instabilità emotiva, si fa più fatica ad affrontare la quotidianità.

Il controllo e la regolazione dei sentimenti sono un passo importante verso la salute e il benessere.

Importante è che i sentimenti non vadano spenti ma usati per rinforzare il proprio sé.

La persona con un disturbo Borderline ha solo una minima parte di consapevolezza del fatto che le sue emozioni continuano ad alternarsi.

Di regola le proprie emozioni/sentimenti vengono percepiti inconsapevolmente, per questo non riescono ad usare le emozioni come indicatori per affrontare le varie circostanze.

È dunque importante, che gli assistiti imparino pian piano a riconoscere coscientemente le proprie emozioni, valutarle per poter fronteggiare al meglio le varie situazioni della giornata, riuscendo anche a cambiarle.

Le emozioni sono sempre legate ad esperienze e vissuti del passato.

Questi tendono a sviluppare sempre le stesse emozioni in situazioni simili, questo porta spesso a interpretazioni errate e di conseguenza comportamenti inadeguati.

Ci sono due modi principali per trattare le emozioni; il controllo e la regolazione.

Il controllo delle emozioni si basa sulla focalizzazione ad un obiettivo specifico.

In quell'occasione i pensieri o sentimenti inquietanti, vengono messi da parte.

Nella regolazione delle emozioni devono trovare un equilibrio tra diversi aspetti ed emozioni.

Le emozioni non vengono messe da parte, ma integrate tra di loro.

Ci sono diversi tipi di emozioni.

Dato che i sentimenti sono collegati all'esperienza vissuta, il riconoscimento degli stessi deve avvenire in due momenti: inizialmente deve essere identificata l'emozione e successivamente il motivo per cui si è manifestata. Solo dopo aver collegato il sentimento all'esperienza si può valutare se la reazione sia stata adeguata all'evento.

Dovessero presentarsi tensioni in seguito a dichiarazioni fortemente emotive, è necessaria una riflessione sul motivo per cui non vi sia stata una reazione congrua.

Nell'ambito del disturbo Borderline si manifestano principalmente le emozioni negative.

Durante il colloquio Emma non riusciva a ricostruire il perché voleva buttarsi, si era completamente dissociata e raccontava l'evento come se lo vedesse dall'esterno.

Questo perché nel tempo ha imparato a creare una specie di corazza intorno alla sua personalità, utilizzando il processo difensivo primario, che possiamo ricondurre anche al tentato gesto di suicidio.

### 2.3 fattore cerebrale

Come ho accennato precedentemente su tutta la situazione c'è anche il fattore cerebrale.

Trovandosi nel pieno dell'adolescenza fanno capolino gli ormoni, per i soggetti che hanno un disturbo della personalità si deve indagare sulla memoria.

Ovvero il modo in cui queste persone tendono ad immagazzinare i propri vissuti e pensieri.

Il cervello ha tre tipi di memoria, quella dichiarativa, procedurale ed affettiva, e quella che a noi interessa di più è quella affettiva.

Quando una persona subisce dei traumi, anche minimi, in età evolutiva questa subisce delle variazioni grazie ad un disfunzionamento dell'amigdala e del sistema limbico, i quali controllano le emozioni, la rabbia, la paura e le reazioni impulsive.

Tali esperienze stressanti precoci possono creare una disregolazione a lungo termine dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e modificare lo sviluppo neuronale, compromettendo circuiti cerebrali chiave che sono coinvolti nella regolazione delle emozioni.

Gli studi di neuroimaging suggeriscono che il disturbo borderline sia associato a una maggiore attivazione dell'amigdala in situazioni ad alta valenza emotigena.

Per questo si suppone che i fattori genetici possano interagire con le esperienze infantili avverse a creare alterazioni dei circuiti neuronali che sono coinvolti nella regolazione dell'umore, del pensiero e del comportamento.

Questo aiuterebbe a spiegare perché così tante aree di funzionamento risultano coinvolte nel DBP e perché gli individui con tale disturbo trovino così difficile controllare le proprie emozioni.

## 2.4 autolesionismo e visione del borderline

Si sono potuti notare nelle braccia anche dei segni di piccoli taglietti, come se lo facesse per infliggersi del dolore, ma questa non è una cosa rara in quanto molti adolescenti crescendo se li provocano solo per sentire proprio il corpo e conoscerlo, è un'azione che potremmo definire strana, ma per molti ha un significato.

Emma, come tutti i casi di borderline agisce tramite il meccanismo ACTING-OUT ovvero non pensa e poi reagisce, anzi al contrario mette in atto comportamenti in modo poco riflessivo, senza riflettere sulle possibili conseguenze negative.

Tutto ciò ha anche un senso secondo chi ne soffre perché oltre ad avere un deficit di identità hanno anche una visione di autodirezionalità ovvero non hanno una visione a lungo termine quindi non riescono a immaginarsi in un futuro e vivono tutto al presente senza pensare.

Abbiamo visto che Emma fa uso sporadico di cannabinoidi, anche questa non è una novità perché chi soffre di questa patologia utilizza le sostanze stupefacenti, per lo più sedative, sia per gratificazione personale sia perché durante l'utilizzo si sentono più tranquille e sicure, non sentono lo stress addosso e il peso dei propri pensieri.

Dopo aver analizzato questo caso però è bene sottolineare che lei ha quasi 16 anni e non è per forza detto che diventerà di sicuro una Borderline a tutti gli effetti nell'età adulta perché possono accadere degli eventi capaci di farla cambiare e quindi è possibile recuperarla.

Nel frattempo le è stato prescritto un neurolettico di nuova generazione, l'Abilify utilizzato proprio in età evolutiva come stabilizzante per l'umore.

## 2.5 test diagnostici

Quando si hanno dei casi di esordio di DBP in età adolescenziale bisogna valutare bene la personalità attraverso delle scale o dei test.

Troviamo il Millon Clinical Multiaxial Inventory.

Il test Millon indaga i profili di personalità e le diverse patologie psichiatriche tramite una serie di scale costruite su una specifica teoria, chiaramente quella designata da Millon stesso, che è direttamente legata al DSM.

La forza di questo test è data dal riuscire a restituire diagnosi relative ai disturbi di personalità molto accurate e altamente diagnostiche, poiché intimamente collegate ai criteri presenti nel DSM. Inoltre, l'MCMI presenta al suo interno scale di controllo, esattamente come l'MMPI, che permettono di rilevare la validità del protocollo e i punteggi ottenuti si riferiscono a misure standard, uguali per tutti.

Secondo Millon un modello scientifico della personalità deve essere costituito da quattro elementi:

1. una teoria coerente organizzata secondo schemi esplicativi, esattamente come avviene per la biologia evolutiva;
2. una nosografia, o classificazioni, basata sulla teoria del DSM;
3. deve essere costituito da strumenti di valutazione del modello empiricamente fondati (test);



4. deve dare la possibilità di costruire interventi concreti a partire dai dati acquisiti dal test.

Il MCMI-IV è stato pubblicato unitamente all'uscita del DSM 5, quindi nel 2015.

Esso è formato da 195 item vero-falso e 30 scale suddivise in 25 scale cliniche e 5 scale di validità. Si ottengono 15 scale di personalità, ulteriormente divise in 12 personalità cliniche, 3 scale di gravi disturbi di personalità e 10 scale cliniche di Asse I, di cui 7 sindromi cliniche e 3 sindromi cliniche gravi.

Scale no.	Scale Abbreviation	Scale Name	No. of Items	Spectra (Style > Type > Disorder)
<b>Personality Pattern Scales</b>				
1	AASchd	Schizoid	15	Apathetic > Asocial > Schizoid
2A	SRAvoid	Avoidant	18	Shy > Reticent > Avoidant
2B	DFMelan	Melancholic	19	Dejected > Forlorn > Melancholic
3	DADepn	Dependent	14	Deferential > Attached > Dependent
4A	SPHistr	Histrionic	17	Sociable > Pleasuring > Histrionic
4B	EETurbu	Turbulent	17	Ebullient > Exuberant > Turbulent
5	CENarc	Narcissistic	16	Confident > Egotistical > Narcissistic
6A	ADAntis	Antisocial	14	Aggrandizing > Devious > Antisocial
6B	ADSadis	Sadistic	13	Assertive > Denigrating > Sadistic
7	RCComp	Compulsive	18	Reliable > Constricted > Compulsive
8A	DRNegat	Negativistic	18	Discontented > Resentful > Negativistic
8B	AAMasoc	Masochistic	18	Abused > Aggrieved > Masochistic
<b>Severe Personality Pattern Scales</b>				
S	ESSchizop	Schizotypal	21	Eccentric > Schizotypal > Schizophrenic
C	UBCycloph	Borderline	20	Unstable > Borderline > Cyclophrenic
P	MPParaph	Paranoid	16	Mistrustful > Paranoid > Paraphrenic
<b>Clinical Syndrome Scales</b>				
A	GENanx	Generalized Anxiety	13	Anxiety, tension, generalized agitation
H	SOMsym	Somatic Symptom	10	Preoccupation with physical symptoms
N	BIPspe	Bipolar Spectrum	13	Range of cyclothymic > bipolar symptoms
D	PERdep	Persistent Depression	21	Chronic dysphoria, apathy, ineffectiveness
B	ALCuse	Alcohol Use	8	Recurrent or recent alcohol use difficulty
T	DRGuse	Drug Use	11	Recurrent or recent drug use difficulty
R	P-Tstr	Post-Traumatic Stress	14	Range of PTSD reactions and symptoms
<b>Severe Clinical Syndromes</b>				
SS	SCHspe	Schizophrenic Spectrum	21	Incongruous, disorganized, regressive behavior and affect
CC	MAJdep	Major Depression	17	Acute and disruptive dysphoric symptoms
PP	DELdis	Delusional	14	Irrational, suspicious, grandiose thought patterns
<b>Validity</b>				
V		Invalidity	3	Highly unlikely response endorsement
W		Inconsistency	50	Matched-endorsement item pairs
<b>Modifying Indices</b>				
X		Disclosure	121	Tendency to overreport
Y		Desirability	24	Tendency to portray oneself favorably
Z		Debasement	30	Tendency to portray oneself unfavorably

A ogni scala di personalità seguono 3 sottoscale derivanti dal modello di personalità messo a punto da Grossman, per un totale di 45 sottoscale, che indagano ulteriormente il disturbo in questione. Questa versione non è stata ancora validata in italiano.

Per quanto riguarda la validità e l'affidabilità i molti studi pubblicati sul Millon evidenziano un buon potere predittivo del test e, al contempo, un'ottima sensibilità, soprattutto per quanto riguarda la sfera dei disturbi di personalità. Numerosi, inoltre, sono i libri nati per interpretare al meglio i dati clinici ricavabili da questo test che permettono di tradurre con un linguaggio più attuale una serie di scale che presentano delle caratteristiche ormai inglobate in disturbi di personalità più ampi.

E' presente, inoltre, un software che permette di analizzare le risposte in maniera veloce e ottimale, restituendo grafici di funzionamento equiparati ai profili interpretativi.

# MCMII-IV and DSM-5 Personality Disorders

PERSONALITY		Score				Profile of BR Scores			
		Raw	PR	BR	0	60	75	85	115
Clinical Personality Patterns						Style	Type	Disorder	
Schizoid	DSM-5 Cluster A	1	11	70	69				
Avoidant	DSM-5 Cluster C	2A	14	81	79				
Melancholic		2B	9	53	65				
Dependent	DSM-5 Cluster C	3	6	50	60				
Histrionic	DSM-5 Cluster B	4A	8	33	43				
Turbulent		4B	10	47	60				
Narcissistic	DSM-5 Cluster B	5	9	74	69				
Antisocial	DSM-5 Cluster B	6A	16	98	90				
Sadistic		6B	7	67	65				
Compulsive	DSM-5 Cluster C	7	11	24	47				
Negativistic		8A	8	55	65				
Masochistic		8B	19	97	82				
Severe Personality Pathology									
Schizotypal	DSM-5 Cluster A	S	10	73	67				
Borderline	DSM-5 Cluster B	C	9	66	69				
Paranoid	DSM-5 Cluster A	P	6	61	64				

## 2.6 la figura del medico

Quando ci sono questi casi e ci si rivolge ad un terapeuta o con un operatore bisogna fare molta attenzione al rapporto che si instaura tra medico e soggetto affetto da DBP, perché quest'ultimo capisce che la sua "salvezza" è farsi prendere in cura e vede la figura del curante come un faro nella notte, quindi potrebbe verificarsi l'attaccamento possessivo verso di esso.

In qualsiasi patologia psichica è bene che il medico abbia un buon autocontrollo su se stesso e che non si faccia prendere dalle emozioni della persona che si trova davanti.

Deve mantenere una distanza emotiva, essere neutrale ma è importante anche che si instauri un rapporto di fiducia, quindi "famigliarizzare", dimostrare interesse verso di esso.

Ma non sempre questo accade, perché ci sono dei rischi come gli atteggiamenti controtrasferali, ovvero: che il terapeuta viene contagiato dall'esperienza emotiva della persona.

Avviene infatti una sorta di identificazione emotiva attraverso la quale egli giunge a sentire ciò che prova l'assistito: la sua rabbia, il suo terrore, il suo sconforto, infatti, può identificarsi alternativamente con il ruolo di vittima vissuto dal paziente, sperimentandone l'impotenza, oppure con il ruolo

dell'aggressore, sviluppando, anche come conseguenza dell'aggressività, della scissione e dell'identificazione proiettiva, sentimenti di ostilità.

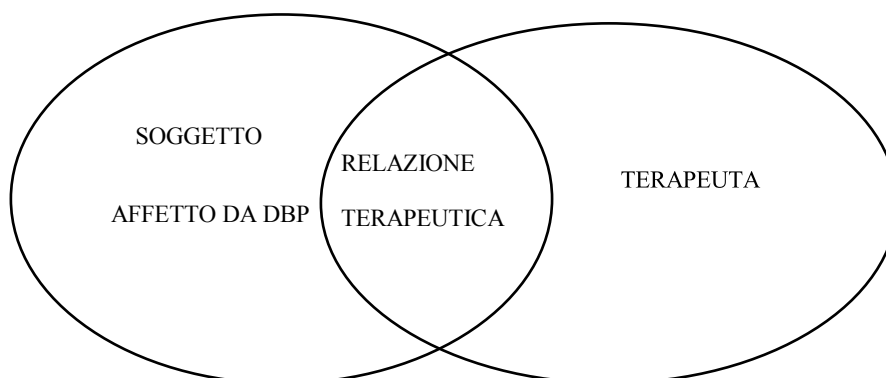
Infatti come abbiamo visto con il caso di Emma, il medico che le ha fatto la consulenza si sentiva come “immobilizzato” dalla sua enfasi mentre raccontava il suo vissuto e in quel momento è come se si trovasse in difficoltà a interagire con lei.

Transfert e controtransfert convergono pertanto nel generare reciproche aspettative irrealistiche, che saranno puntualmente deluse e che apriranno la strada alla scissione, contribuendo a determinare la fragilità dell'alleanza terapeutica. Inoltre, l'atteggiamento paternalistico e protettivo (maternage) del terapeuta costituisce una conferma implicita dell'incapacità del soggetto di provvedere a sé e, oltre a perpetuare il transfert traumatico, inibisce lo sviluppo delle capacità di empowerment, obiettivo principale della terapia.

Quindi è chiaro che si devono stabilire dei limiti tra i due e lo si può fare coinvolgendo altri membri dell'equipe medica per far sì che ci sia sempre un equilibrio.

Un altro rischio che può verificarsi per il curante è quello del burnout ovvero sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e derealizzazione personale.

Muoversi terapeutamente all'interno dell'“oceano borderline”, nonostante la presenza di confini definiti dell'intervento, risulta per l'operatore molto impegnativo, a tratti controintuitivo ed emotivamente provante. Per questi motivi gli infermieri che si occupano di DBP sono soggetti ad alto rischio di burnout. La formazione volta all'acquisizione di competenze e abilità specifiche, così come la possibilità di lavorare in rete e la supervisione, sono strumenti imprescindibili per l'equilibrio psichico del terapeuta e per il mantenimento della sua motivazione professionale ed ha bisogno di un training per far si che la possibilità di arrivare al burnout diminuisca.



## CAPITOLO III

### LE TERAPIE

Una volta messo in chiaro questo possiamo cominciare a parlare delle varie terapie che si possono praticare ad un soggetto affetto da DBP.

Per queste persone si usa prevalentemente la terapia psicosociale, perché appunto è un problema strutturale di personalità, invece ad esempio nei deliri riducendo la trasmissione dopaminergica con neurolettici invece migliora, nel border non funziona così.

La psicoterapia è un percorso introspettivo in cui una persona incontra uno psicoterapeuta con lo scopo di superare un blocco interno, quel problema strutturale che impedisce a ciascuno di svolgere una vita completa ed appagante.

Le uniche due psicoterapie approvate fin ora sono la DBT e la MBT.

### 3.1 DBT

DBT sta per: terapia dialettico comportamentale ideata da Marsha Linehan negli anni Settanta.

Marsha Linehan ha previsto che la DBT fosse costituita da tre parti:

Terapia individuale, gruppo di skills training (training di abilità) e coaching telefonico:

La DBT implica una strategia dialettica intrinseca il cui scopo è di evitare che posizioni polarizzate rimangano tali, cioè statiche.

La strategia fondamentale riguarda l'equilibrio tra accettazione e cambiamento, comprendere le cause della propria sofferenza e dei propri comportamenti disfunzionali, agire in maniera efficace nei momenti dolorosi senza ricorrere ai comportamenti impulsivi e ridurre i conflitti e preservare le relazioni interpersonali.

Struttura gli scopi del trattamento a seconda dei livelli del disturbo: lo scopo finale è una vita degna di essere vissuta, ma i punti di partenza possono essere molto vari e dipendono dal livello di gravità del disturbo.

Livello 1: discontrollo comportamentale.

Livello 2: quiete disperazione.

Livello 3: problemi di vita.

Livello 4: incompletezza.





Problemi di vita come la paura di essere abbandonati e quindi porta la persona ad attaccare chi gli sta vicino o ad isolarsi per proteggere se stesso.

Incompletezza perché il soggetto si sente vuoto all'interno, e non è più capace di provare emozioni o pensare.

L'obiettivo è quindi di far aumentare la consapevolezza di sé, di ciò che prova e perché e quando arriva il dolore.

Le persone imparano a gestire in maniera diversa le loro esperienze, sviluppando un atteggiamento non giudicante e non passando ad azioni autolesionistiche quando provano magari dolore.

Si dà all'assistito una scheda in cui deve trascrivere le proprie azioni che svolge durante la settimana in modo tale da vedere se ci sono stati dei miglioramenti.

Istruzioni: cerchia i giorni in cui hai usato ciascuna abilità

		Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
<b>Abilità centrali di mindfulness</b>	Mente saggia							
	Osservare (solo notare)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Descrivere (dare il nome all'esperienza)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Partecipare (entrare nell'esperienza)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Non giudicare	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
<b>Regolazione emotiva</b>	Stare focalizzato in ogni momento su una cosa alla volta	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Fare ciò che funziona (efficacia)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Identificare e denominare le emozioni	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Please (ridurre la vulnerabilità alle emozioni)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Master (costruire la mastery, sentire l'efficacia)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
<b>Efficacia interpersonale</b>	attività piacevoli	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Lavorare per obiettivi a lungo termine	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Strutturare tempo, lavoro, tempo libero	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Agire in modo opposto all'emozione del momento	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	DEAR MAN (ottenere ciò che vuoi)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
<b>Tolleranza dello stress</b>	GIVE (migliorare le relazioni)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	FAST (sentirsi efficaci e rispettarsi)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Fraasi automotivanti per contrastare i pensieri negativi	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	ACCEPTS (distrazione)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Auto-placarsi (5 sensi)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
<b>Equilibrio</b>	Pro e contro	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Radicale accettazione	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Rinforzi positivi	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Valida te stesso	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Valida qualcun altro	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Pensa in modo dialettico (non in modo o bianco o nero)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
	Agisci in modo dialettico (cammina nella via di mezzo)	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom

### 3.2 MBT

Invece MBT è il trattamento basato sulla mentalizzazione ideata ed applicata da Peter Fonagy e Anthony Bateman a partire dal 1999.

Con mentalizzazione si intende la percezione e la comprensione delle azioni proprie e altrui in termini di stati mentali o processi psichici.

E' un trattamento ad orientamento psicodinamico che trova le sue basi teoriche nella teoria dell'attaccamento, originariamente sviluppata da John Bowlby. Riconoscere un fallimento della mentalizzazione e incrementare i processi riflessivi nella persona affetta da DBP divengono quindi nuclei centrali del trattamento terapeutico, al fine di stimolare un progressivo recupero di tale capacità.

Lo stesso Fonagy definisce il concetto di mentalizzazione come un “concetto ombrello” per via della sua natura complessa e multidimensionale sia per ciò che è intrinseco nella sua definizione sia per ciò che sottende in termini evolutivi.

Con mentalizzazione si intende la capacità di rappresentare l'esperienza interpersonale e soggettiva in termini di stati mentali.

Comprendere il comportamento degli altri e il proprio nei termini degli ipotetici pensieri, sentimenti, desideri e aspirazioni che li determinano.

Percepire e interpretare un comportamento come congiunto a stati mentali intenzionali.

Gli stati mentali influenzano il comportamento umano.

La mentalizzazione è un'attività mentale e rappresentazionale e, sebbene implichi processi cognitivi complessi, è un processo sostanzialmente non conscio- preconscio.

La mentalizzazione implica un'attenta analisi delle circostanze in cui le azioni avvengono, dei modelli di comportamento pregressi, delle esperienze cui l'individuo è stato esposto.

Qui l'operatore costruisce e ricostruisce continuamente un'immagine dell'assistito per aiutarlo ad apprendere cosa sente.

Mentalizzare in psicoterapia è un processo di attenzione condivisa durante la quale gli stati mentali del soggetto affetto da BPD sono l'oggetto di attenzione.

### 3.3 gestione farmacologica

Per quanto riguarda invece la gestione farmacologica bisogna stare attenti alla gestione del farmaco perché inizialmente potrebbe essere “letale” per chi lo deve prendere in quanto potrebbe abusarne.

Infatti c'è una compliance farmacologica ovvero: si intende in medicina le modalità adottate dalla persona nell'eseguire le prescrizioni del medico, cioè la disponibilità ad assumere il farmaco seguendo le indicazioni stabilite dal medico. L'ottenimento della “compliance”, ovvero le modalità adottate nell'eseguire le prescrizioni terapeutiche, è da attribuirsi alla qualità della comunicazione tra operatori ed assistito che deve essere orientata ad una relazione di “Partnership” ovvero in modo non autoritario, empatico ma tuttavia professionale, dando così al paziente, attraverso l'attribuzione di “empowerment”, la possibilità di acquisire un ruolo da protagonista rispetto al proprio percorso terapeutico. In salute mentale sarebbe opportuno usare il termine “alleanza terapeutica” che conferisce all'utente un ruolo più attivo.

Per quanto riguarda in particolare la compliance farmacologica si configurano due principali interventi:

1) intervento di “educazione terapeutica” cioè un intervento volto a fare in modo che i pazienti riescano a gestire la propria patologia, negoziare correttamente il piano terapeutico con il medico, elaborare le proprie strategie di coping.

2) “Terapia autogestita” Questo intervento suddiviso in più fasi progressivamente responsabilizzanti, permette agli utenti di “maneggiare” i farmaci personalmente e non riceverli da “altri”, sperimentando così concretamente un ruolo attivo nel proprio processo di cura.

Alla fine del percorso gli utenti si assumono completamente la responsabilità di preparazione, assunzione e rifornimento dei farmaci.

Per quanto riguarda le persone con DPB le informazioni così come le regole di svolgimento delle attività individuali e di gruppo sopracitate devono essere chiaramente e univocamente esplicitate. Per questo è necessario nel gruppo di lavoro, confronto e coesione.

Risulta indispensabile la consapevolezza che questa tipologia di utenza potrebbe per esempio mettere in atto dei comportamenti allo scopo di “frammentare” il gruppo di psicoeducazione, oppure strumentalizzare l’attività di terapia autogestita a scopo “relazionale”.

Assumendo l’utente comportamenti e performances molto oscillanti a seconda del personale presente, inoltre c’è il rischio che si sviluppi una frammentazione anche nel Gruppo di lavoro specie se inesperto o non sufficientemente coeso. Da

porre particolare attenzione nei pazienti con diagnosi di DPB perchè potrebbero appropriarsi dei farmaci nella loro disponibilità per farne uso improprio.

## CONCLUSIONI

Dopo aver visto tutto ciò concludo dicendo che non è semplice presagire un caso Borderline sin dall'esordio in età adolescenziale, se rilevare delle problematiche non è detto che questo ragazzo/a se lo porterà dietro per tutta la vita perché possono cambiare le loro strutture mentali.

Scrivendo questa tesi, mi si è aperto un mondo tutto nuovo davanti e sono riuscita ad approfondire ancora di più questa problematica, dato che è stata subito nel mio interesse in quanto credo e presumo che ho avuto accanto a me una persona Borderline per un periodo della mia vita.

Anche se ci troviamo nel 2020 e avendo fatto tirocinio in un SPDC ho notato che molte persone a cui sono stati diagnosticati dei problemi psichiatrici una volta usciti dalla struttura sono stati trattati dalla società come “coloro che hanno problemi” non dimostrando alcun tipo di empatia.

E' bene non additare l'altro, ma cercare di capirlo e non facendolo sentire diverso.



## SITOGRAFIA

<https://www.psicologi-italiani.it/psicologi/area-pubblica/il-lavoro-dello-psicologo-e-dello-psicoterapeuta/borderline.html>

<http://www.fondazionepsicologi.it/wp-content/uploads/2015/01/Il-Disturbo-Borderline-di-Personalità.-GPU-Modelli-e-strumenti-per-la-Diagnosi-e-il-Trattamento.pdf>

<http://www.danzaterapia-esprel.it/images/sussidi/disturbi%20di%20personalit.pdf>

<http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt55-90.htm>

[https://www.news-medical.net/health/DSM-5Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders-\(Italian\).aspx](https://www.news-medical.net/health/DSM-5Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders-(Italian).aspx)

<https://www.journal-psychoanalysis.eu/i-disturbi-di-personalita-nel-dsm-5/>

<https://www.mariagiuliaponzellini.it/blog/disturbo-borderline-personalita-adolescenza/>

<https://www.zanusso.it/il-disturbo-borderline-di-personalita-sintomi-e-cura/>

<https://www.srm psicologia.com/articoli2016/20161124-genitori-paziente-borderline.htm>

[https://www.rivistadipsichiatria.it/r.php?v=2168&a=23446&l=324976&f=allegati/02168\\_2016\\_01/fulltext/03-Bellino%20\(11-19\).pdf](https://www.rivistadipsichiatria.it/r.php?v=2168&a=23446&l=324976&f=allegati/02168_2016_01/fulltext/03-Bellino%20(11-19).pdf)

<https://www.istitutobeck.com/mindfulness/psicoterapie-basate-sulla-mindfulness/dialectical-behavior-therapy#cos-e-terapia>

[http://www.sitcc.it/wp-content/uploads/2014/01/MAFFEI\\_Presentazione-Dialectical-Behavior-Therapy-DBT.pdf](http://www.sitcc.it/wp-content/uploads/2014/01/MAFFEI_Presentazione-Dialectical-Behavior-Therapy-DBT.pdf)

<http://www.centroscp.com/2015/04/29/la-tecnica-della-mentalizzazione-nella-pratica-clinica-verso-il-convegno-di-pavia-del-10092015-di-edgardo-caverzasi/>

<https://www.istitutobeck.com/beck-news/mentalizzazione>

<https://www.jpsychopathol.it/issues/2009/vol15-1/DellOsso.pdf>

<https://www.stateofmind.it/2016/04/millon-clinical-multiaxial-inventory/>

\*presentazione PDF 006\_scagliusi\_presentazione\_MBT.pdf

## BIBLIOGRAFIA

Psicopatologia e psicologia clinica, Jill M. Hooley, James N. Butcher, Matthew K. Nock, Susan Mineka, casa editrice Pearson.

*Per realizzare questa tesi non sono serviti solo tre anni di studio e settimane passate a far ricerca.*

*Per primo vorrei ringraziare il mio relatore Ercolani Maurizio il cui aiuto e supporto ha indirizzato la stesura del mio lavoro. Quindi un sentito e sincero grazie per la sua fiducia e il suo contributo messi a mia completa disposizione.*

*Un ringraziamento va anche al Dott. Biondini Federico, che con i suoi consigli e raccomandazioni, mi ha aiutata durante il tirocinio in SPDC.*

*Ovviamente non può mancare la mia famiglia, la prima che mi supporta e che ha creduto in me sin dal principio.*

*E' grazie alla loro spinta e alle loro raccomandazioni che sono riuscita a superare tutti gli esami nel tempo prestabilito, e in ultimo, ma non meno importante, mi hanno supportata economicamente facendomi realizzare questo sogno e ne sarò sempre grata.*

*Ringrazio anche i miei amici che mi son stati vicino in ogni momento, dalla preparazione degli esami, subendosi ogni mio cambio d'umore dettato dall'ansia fino ai festeggiamenti, e soprattutto mi hanno aiutato, chi un modo e chi nell'altro, nella stesura della tesi ricordandomi ogni giorno che dovevo darmi da fare.*

*Sono orgogliosa di aver avuto e di avere persone come voi al mio fianco.*

*Grazie di cuore.*



