

# NEWSLETTER

## CENTRO STUDI "CARLO PERRIS"

Ricerca, Formazione e Documentazione

Volume I, Numero 2

Novembre 2008

### L'intervento psicoeducativo di gruppo con pazienti affetti da Disturbo della Personalità

#### Sommario:

L'intervento psicoeducativo di gruppo con pazienti affetti da Disturbo della Personalità 1

Le attività riabilitative con pazienti affetti da Disturbo della Personalità 2

Doppia Diagnosi 3

Eventi da segnalare e novità editoriali 4

Nella Comunità Terapeutica di Villa Ratti a Monticello Brianza (LC) si svolge, in affiancamento alle altre attività terapeutiche, il gruppo psicoeducazionale.

Tale intervento si ispira al modello di gruppo elaborato nell'ambito del trattamento dialettico-comportamentale di Marsha Linehan e viene condotto da un terapeuta affiancato da un co-conduttore, presente in seduta, e un osservatore che segue la seduta dietro lo specchio unidirezionale.

Uno dei presupposti dei modelli d'intervento che si rifanno alla teoria biopsicosociale è quello secondo cui l'alterazione principale nel Disturbo di Personalità Borderline riguarda la regolazione delle emozioni.

Questo discontrollo emozionale risulta avere importanti ricadute sia nell'ambito dei propri comportamenti (agiti impulsivi disfunzionali quali atti auto lesivi, abuso di droghe..), che sulla propria identità (incostanza del senso di sé, sentimenti di vuoto, inadeguatezza), che nelle relazioni con gli altri (estrema dipendenza, difficoltà a creare relazioni continuative..).

Attraverso la partecipazione al gruppo psicoeducazionale, l'obiettivo per gli ospiti di Villa Ratti è anche di:

- imparare a riconoscere e validare le proprie emozioni, i propri pensieri e le proprie azioni
- cercare di gestire e regolare la propria emotività limitando gli agiti impulsivi attraverso l'apprendimento di nuove competenze e strategie.

Nella nostra Comunità tale gruppo, a cadenza settimanale, ha una durata di circa due ore, con una pausa a metà intervento, e si compone di cicli che si svolgono su un arco di tempo di 6-8 mesi.

L'ammissione al gruppo è preceduta da un colloquio individuale in cui vengono condivisi tra conduttore e ospite i contenuti e gli obiettivi, in relazione alle difficoltà specifiche di quest'ultimo.

Ogni ciclo è articolato in tre moduli o aree tematiche di intervento, coerenti con gli obiettivi degli *skills training*. Più in particolare:

- il modulo definito "gestione della crisi" si propone di incrementare la capacità di tollerare la sofferenza mentale, indicando strategie per affrontare e superare il momento di estremo malessere della persona.
- L'intervento sulle emozioni ha come finalità il riconoscimento degli eventi emotivamente attivanti e la conseguente regolazione dello stato emotivo in corso.
- L'area relativa all'efficacia interpersonale si focalizza sui pattern relazionali disfunzionali e individua modalità maggiormente adattative relative alla comunicazione e alla gestione dei rapporti.

Nello specifico, partendo dalle esperienze concrete dei partecipanti, vengono affrontati, volta per volta – mediante role-playing, problem-solving, schede di auto-osservazione,

compiti da svolgere durante la settimana- le tematiche inerenti l'impulsività, la presenza di comportamenti disfunzionali (es. abuso di droghe, autolesionismo, esplosioni di rabbia), le problematiche relazionali (es. come chiedere aiuto, saper dire "no") e il riconoscimento e la gestione delle proprie emozioni. Il gruppo – grazie all'integrazione degli interventi nella Comunità – diviene così lo spazio in cui l'ospite può confrontarsi rispetto le strategie apprese e la loro sperimentazione.

La Comunità con i suoi diversi contesti, infatti, rappresenta il luogo privilegiato in cui poter sperimentare e generalizzare le proprie capacità, offrendo, quindi, una palestra relazionale in cui "fare esercizi insieme".

Per quanto attiene agli aspetti metodologici di conduzione del gruppo, concludiamo con alcune riflessioni sull'utilizzo di tre vertici di osservazione: terapeuta, co-conduttore, osservatore. Nello specifico, il terapeuta si occupa di analizzare il materiale portato dai partecipanti e di trattare i contenuti e gli obiettivi della seduta, il co-conduttore gestisce le dinamiche tra i partecipanti e regola la parte emotiva della seduta e del singolo partecipante in situazione di crisi. L'osservatore, dietro lo specchio unidirezionale, osserva la capacità dei partecipanti di stare sul contenuto affrontato e di "calare" i temi trattati nella vita di ogni giorno.

Il confronto e l'integrazione dei tre vertici di osservazione avviene in due momenti distinti

**I contesti  
riabilitativi a Villa  
Ratti funzionano  
come  
“palestre  
relazionali”**

(durante la pausa e alla fine del del gruppo) e permette di avere una visione della complessità di tutto ciò che accade.

Le riflessioni che emergono negli scambi tra i tre clinici vengono poi utilizzate come materiale di intervento all'interno del gruppo.

L'esperienza di questi due anni ci porta ad osservare che il gruppo psicoeducazionale di Villa Ratti è stato in grado di fornire strumenti efficaci e strategie alternative ai parteci-

panti, come dimostrato dai riscontri positivi avuti nei colloqui conclusivi.

**Marzia Bellotto**

**Paola Brumana**

Lecture consigliate:

Linehan M.M., „ Trattamento cognitivo-comportamentale del

disturbo borderline. Il modello dialettico”. Raffaello Cortina, Milano, 2001.

C. Di Berardino "La conoscenza di sé e la conduzione dei gruppi riabilitativi. Procedure di abilitazione psicosociale", Ed. Franco Angeli, Milano, 2002.

G. De Leo, B. Dighera, E. Gallizoli "La narrazione nel lavoro di gruppo. Strumenti per l'intervento psicosociale", Ed. Carocci Faber, Roma, 2005.

## Le attività riabilitative con pazienti affetti da Disturbo della Personalità: una realtà comunitaria

Gli interventi riabilitativi in psichiatria hanno l'obiettivo generale di mettere una persona che presenta un qualche grado di difficoltà o svantaggio, nuovamente in grado di "fare", attraverso un percorso che la porti gradualmente a raggiungere il miglior livello di recupero, sociale, lavorativo e abitativo. Facendo riferimento all'Organizzazione Mondiale della Sanità (W.H.O World Health Organisation) con il termine riabilitazione si intende: "l'utilizzo di tutti i sistemi finalizzati alla riduzione dell'impatto delle difficoltà e differenze e della condizione di handicap con mezzi che, al tempo stesso, possono aiutare le persone con diversi gradi di svantaggio a raggiungere un reinserimento sociale ottimale".

A livello generale la riabilitazione psichiatrica vanta un'ampia gamma di interventi che trasversalmente si focalizzano su un gran numero di aree di funzionamento personale e sociale. Nella Comunità terapeutica di "Villa Ratti", che

prevede percorsi ad alta intensità riabilitativa con persone che hanno una diagnosi di disturbo borderline della personalità, gli interventi riabilitativi richiedono metodologie e contesti ancor più ampi e talvolta complessi. Per quanto riguarda l'ambito relazionale e quello lavorativo talvolta riabilitare significa non tanto restituire un grado di efficienza e di funzionalità in una data area ma, piuttosto, aiutare l'ospite a sviluppare abilità che in molti casi possono risultare fortemente inibite o compromesse. Riabilitare non significa, quindi, ritrovare abilità relazionali, bensì costruirle a partire da competenze pregresse che spesso la storia di malattia ha fortemente inibito o reso addirittura disfunzionali.

I contesti riabilitativi a Villa Ratti funzionano come "palestre relazionali" all'interno delle quali gli ospiti si sperimentano in dinamiche relazionali con i coetanei e con gli operatori. In generale gli interventi di questi ultimi sono finalizzati al raggiungimento di

obiettivi definiti insieme agli ospiti già nella fase di pre-ingresso e dopo il primo mese di assessment, all'interno del progetto-terapeutico individualizzato. Più specificatamente, i laboratori attivi – informatica, ortoflorovivismo, cucina e attività espressive - permettono contemporaneamente agli ospiti di potenziare le abilità relazionali e lavorare nel qui e ora sulle difficoltà legate al "fare". I laboratori sono gestiti dal maestro di lavoro – esperto della "materia" - che sviluppa con l'ospite un progetto finalizzato all'acquisizione di determinate competenze o abilità legate all'area di propria competenza. Il maestro di laboratorio è affiancato da un educatore – referente dell'attività - che co-costruisce insieme all'ospite e all'équipe della Comunità un progetto a breve termine finalizzato alla sperimentazione su vari obiettivi quali, ad esempio, la puntualità, la tenuta, il timing, la continuità ecc. Nella misura in cui, in seguito alle verifiche sistematiche, si



rileva il raggiungimento degli obiettivi si passa alla fase successiva della progettazione con percorsi finalizzati al reinserimento lavorativo e abitativo. L'intero percorso comunitario è continuamente co-costruito tra l'équipe e l'ospite. Questo significa che nella co-costruzione del progetto gli ospiti svolgono un ruolo attivo e partecipa insieme agli operatori dell'équipe in tutte

le fasi del processo riabilitativo, dalla progettazione a breve, medio e lungo termine, alle verifiche periodiche. Tutto ciò ai fini di responsabilizzare l'ospite nella scelta di ciò che risulta più utile e funzionale per il recupero della propria progettualità di vita.

**Raffaele Pagani**

#### Lecture consigliate:

Rezzonico G., Meier C., *La riabilitazione nell'assistenza socio-psichiatrica*, Unicopli, Milano 1987.

Rezzonico G., Meier C., *La riabilitazione nel centro diurno: l'ottica costruttivista*, in Rezzonico G., Lambruschi F., *La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico*, Franco Angeli, Milano 1996



Comunità Terapeutica  
"Villa Ratti", (LC)

## Doppia Diagnosi Cambiano i problemi o solo i termini usati per descriverli?

Con il termine "doppia diagnosi" è indicata la comorbidità tra disturbi legati all'uso di sostanze e altri disturbi mentali. L'introduzione di questo termine, per indicare un quadro di fatto presente da sempre nel panorama psichiatrico, rispecchia la sostanziale inadeguatezza degli attuali sistemi di classificazione nell'inquadrare un fenomeno complesso da molteplici punti di vista.

Le difficoltà incontrate da chi si trovi a dover fronteggiare il fenomeno doppia diagnosi sono numerose e di diversa origine e possono essere ricondotte, almeno in parte, alla situazione di netta separazione presente – in Italia – tra Psichiatria (DSM) e Tossicodipendenze (SerT). Questa divisione ha comportato una progressiva difficoltà di gestione del paziente con doppia diagnosi, sia per le difficoltà di comunicazione tra due realtà profondamente diverse, sia per il rischio che i pazienti si sentano, a loro volta, "rimbalzati" da un Servizio all'altro senza continuità di cura. A ciò si devono aggiungere la scarsa compliance di questi utenti e la loro caratteristica facilità di "sfuggire alle cure", elementi - questi - che portano spesso all'instaurarsi di meccanismi espulsivi nei loro confronti.

I dati epidemiologici a nostra disposizione dimostrano come la situazione assistenziale di questi pazienti, sia a livello internazionale che nel nostro paese, sia a tutt'oggi ancora insoddisfacente, viste le dimensioni raggiunte dal fenomeno. Le prime grandi ricerche volte a conoscerne la diffusione, in termini di prevalenza, furono alcuni studi americani, iniziati negli anni Ottanta, tra cui l'Epidemiological Catchment Area Survey (ECA), il National Comorbidity Survey (NCS) e il National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES). I risultati furono sconcertanti: la prevalenza ad un anno di qualsiasi disturbo mentale è risultata del 22%, mentre quella dei disturbi da uso di sostanze del 9.5%. Il 3.3% di questi soggetti, peraltro, risultava affetto da doppia diagnosi. Si trattava per lo più di psicosi schizofreniche, disturbi d'ansia, disturbi affettivi e disturbi di personalità. In Europa il quadro non appare tanto differente: studi riguardanti la popolazione generale descrivono lo sviluppo di comportamenti d'abuso in una persona su cinque lifetime. Nei giovani il poliabuso di alcool, cannabis, cocaina, amfetamine e droghe sintetiche - come l'ecstasy - ha raggiunto tassi di prevalenza preoccupanti. In Italia gli studi condotti sono meno numerosi, ma mostrano, comunque, una forte presenza di soggetti con doppia diagnosi sia all'interno dei servizi per le tossicodipendenze che all'interno dei dipartimenti di salute mentale. Anche dai primi risultati dello studio PADDI, progetto a respiro nazionale che ha coinvolto ad esempio il DSM di Monza e Brianza, emergono dati che non si discostano da quelli presenti a livello internazionale.

Numerose sono le difficoltà incontrate nel tentativo di proporre ipotesi eziologiche che spieghino in maniera soddisfacente la correlazione tra le due classi di disturbi. La ricerca di un nesso di causalità è un campo aperto in cui trovano spazio teorie diverse, tutte però concordi nel constatare come i dati epidemiologici disponibili leghino troppo strettamente questi due fenomeni per non derivarne l'esistenza di elementi comuni. Un nodo eziopatogenetico fondamentale sul quale si sta facendo maggior chiarezza è rappresentato dall'impulsività. Gli stimolanti agiscono infatti sulla corteccia prefrontale,

#### Lecture consigliate:

Clerici M., et al., *Psychiatric and Addictive Dual Disorders in Italy, PADDI Study*. Quaderni Italiani di Psichiatria, 25, 161-164., 2006.

Regier D.A., et al., *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study*, JAMA, 264, 2511-2518, 1990.

National Advisory Committee on Drugs, *Mental Health and Addiction Services and the Management of Dual Diagnosis in Ireland*, 2004.

**COOPERATIVA  
IL VOLO ONLUS****PER CONTATTI****Centro Studi  
"Carlo Perris"**

Via Provinciale 42 -  
23876 Monticello Brianza  
Tel.: +39 039 9275575  
Fax: +39 039 9275197  
centrostudiperris@  
ilvolo.com

**Comunità Terapeutica  
"Villa Ratti"**

Via Provinciale 42  
23876 Monticello Brianza  
Tel.: +39 039 9275575  
Fax: +39 039 9275197  
ilvolo@ilvolo.com

**Centro di  
Psicologia Clinica  
e Prevenzione**

Via Castelbarco 2  
23880 Casatenovo (LC)  
Tel./Fax.: 039 9202289  
centroclinico@ilvolo.com

**Sito Internet  
www.ilvolo.com**



area deputata ai processi cognitivi e al *decision making*.

Di conseguenza, l'uso di sostanze condiziona l'attivazione emotiva agli eventi positivi o negativi. Queste compromissioni, seppur reversibili e limitate nel tempo, sono in grado di modificare i comportamenti e la percezione di quello che avviene all'esterno, rendendo deficitaria la previsione delle possibili conseguenze negative. Molte risposte centrate sul discontrollo sembrano dunque derivare dall'assunzione delle sostanze e tendono a "cambiare" anche la tipologia dei comportamenti legati ora al disturbo mentale ora alle sostanze assunte, confondendo inevitabilmente le nostre capacità di previsione degli eventi.

Molti ricercatori, sottolineando alcune caratteristiche tipiche della popolazione affetta da doppia diagnosi (gli alti tassi di ospedalizzazione, la frequente comparsa di comportamenti violenti, i suicidi e la scarsa compliance ai trattamenti), il rischio è che alle istituzioni che lavorano in questo ambito venga attribuito esclusivamente un mandato sociale di controllo, nel tentativo di ridurre i fattori diretti di stress sull'ambiente sociale circostante alla tossicodipendenza.

Esiste infine, oggi, una rilevante polemica sugli aspetti del trattamento e sui vantaggi che derivano dalle terapie integrate rispetto alle terapie sequenziali o in parallelo. L'unico indicatore a nostra disposizione per migliorare l'efficacia dei trattamenti sembra essere la flessibilità e la personalizzazione dei trattamenti. Questi concetti indicano la volontà di superamento dell'idea di dipendenza intesa esclusivamente come problema legato all'uso delle sostanze e invitano a riflettere sull'evoluzione "sottosoglia" e "soprasoglia" delle alterazioni del comportamento che si rischia spesso di ridurre a delle etichette ma che, in realtà, sottendono dei fenomeni molto più complessi rispetto a quanto le etichette stesse ci possano permettere.

Ipotesi di lavoro suggestive derivano, pertanto, dall'impiego di trattamenti integrati intensivi su base residenziale che, a tutt'oggi, offrono la possibilità non solo di contenere i danni del comportamento di abuso o di dipendenza, ma anche di lavorare contemporaneamente sulla ricostruzione della personalità e sulla stabilizzazione della sintomatologia psichica derivante dai disturbi primari e da quelli indotti dalle sostanze.

**Francesca Amidani, Matteo Benedetti, Massimo Clerici**

**IN EVIDENZA:**

**Convegno "Osservare le famiglie: teorie e metodi per l'analisi delle transizioni familiari"**, Università degli Studi di Parma, 11 dicembre 2008. Per info: marina.everri@nemo.unipr.it

**Congresso internazionale "Enacting intersubjectivity: paving the way for a dialogue between cognitive science, social cognition and neuroscience"**, University of Lugano, 13 e 14 febbraio 2009. Per info: www.intersubjectivity.unisi.ch

**X Convegno di psicopatologia post-razionalista "Costruttivismo e neuroscienze: la decade del costruttivismo nel panorama scientifico contemporaneo"**, Ancona, Facoltà di Medicina, venerdì 29 maggio 2009. Per info: segreteria@ipra.it

**Corso di aggiornamento "Metodologia dei disturbi della personalità nella psicoterapia cognitiva"**, Centro Clinico Crocetta, Torino, gennaio-maggio 2009, per info: centroclinico@interfree.it; tel.011.502020

**Corso di Perfezionamento "Attaccamento e Sviluppo"**, Centro Clinico Crocetta, Torino, gennaio-maggio 2009, per info: centroclinico@interfree.it; tel.011.502020

**NOVITA' EDITORIALI:**

**L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione**, M. Main, Raffaello Cortina Ed., 2008

**I sistemi motivazionali nel dialogo clinico**, G. Liotti, F. Ponticelli, Raffaello Cortina Ed., Milano, 2008.

**Hanno collaborato a questo numero:**

**Francesca Amidani**, Medico, Collaboratore della Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche Università degli studi di Milano Bicocca.

**Marzia Bellotto**, Psicologo e Psicoterapeuta, Comunità Terapeutica "Villa Ratti", Monticello Brianza (LC).

**Matteo Benedetti**, Medico, Collaboratore della Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche Università degli studi di Milano Bicocca.

**Paola Brumana**, Psicologo, Comunità Terapeutica "Villa Ratti", Monticello Brianza (LC).

**Massimo Clerici**, Professore Associato di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università degli studi di Milano Bicocca.

**Raffaele Pagani**, Psicologo e Psicoterapeuta, Responsabile delle Attività Riabilitative, Comunità Terapeutica "Villa Ratti", Monticello