

## MENTALIZZAZIONE E ADOLESCENZA: EFFICACIA DEL TRATTAMENTO BASATO SULLA MENTALIZZAZIONE IN ADOLESCENTI CON BPD

Keywords: Mentalization-Based Treatment, Adolescence, Emerging Adulthood, Borderline Personality Disorder, Mental Health Centre

SSD: M-PSI/07

### PRESENTAZIONE GENERALE DEL PROGETTO

Si definisce *mentalizzazione* “*quel processo mentale attraverso cui un individuo interpreta, implicitamente ed esplicitamente, le proprie e altrui azioni come aventi un significato sulla base degli stati mentali intenzionali, come desideri, bisogni, sentimenti, credenze e motivazioni personali*” (Batman & Fonagy 2006, pag. 15). I processi di mentalizzazione, inoltre, favoriscono la rappresentazione psicologica e la simbolizzazione del proprio stato interiore (Fonagy *et al.*, 2005). Le capacità di mentalizzazione si sviluppano durante l’età evolutiva e i *deficit* nella stessa sembrano strettamente associati al fallimento della funzione riflessiva genitoriale e alla disfunzione del sistema relazionale familiare (Baldoni, 2014; Debanné, 2019). Queste condizioni sono correlate allo sviluppo di un attaccamento insicuro (distanziante, preoccupato o disorganizzato), a una minore capacità di espressione emotiva, di regolazione e di controllo degli affetti, a patologie psichiche (e.g., disturbi di personalità, del comportamento alimentare, depressione), a comportamenti antisociali e alla maggiore vulnerabilità ai traumi (Fonagy & Target, 2001). Nel minore, la carenza di capacità di mentalizzazione è strettamente collegata a una minore funzione riflessiva, per la quale l’interpretazione del proprio e altrui comportamento risulta essere scarsamente significativa e priva di elaborazione simbolica.

Il *Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (Mentalization Based-Treatment, MBT; Bateman e Fonagy, 2010)* è una tecnica psicoterapeutica che associa un intervento individuale e uno gruppale, ponendosi come obiettivo il recupero o il rafforzamento delle capacità di *mentalizzazione* nei soggetti che non hanno potuto svilupparle in maniera adeguata, spesso in virtù di esperienze relazionali traumatiche, intercorse quasi sempre nel periodo evolutivo.

Questa metodologia nasce come modello di intervento rivolto al Disturbo Borderline di Personalità (DBP). Il DBP è una condizione che colpisce l’1,8% della popolazione (Winsper, 2020) e oscilla tra il 10-20% nei pazienti psichiatrici in carico (Gunderson & Links, 2015). Questi pazienti presentano difficoltà nelle capacità di mentalizzazione che si manifesta nella disorganizzazione del Sé, disregolazione emotiva, impulsività e ipersensibilità, caratteristiche che, a loro volta, si riflettono nell’agire quotidiano e interpersonale dell’individuo tramite comportamenti quali agiti auto ed etero diretti, condotte sessuali a rischio, ansia, depressione, ritiro sociale e abuso di sostanze. Il DBP, inoltre, è spesso associato a compromissioni della sfera occupazionale, familiare e sentimentale/affettiva.

Negli ultimi anni (*Psychodynamic Diagnostic Manual-Second Edition, PDM-2; Lingardi & McWilliams, 2018*) sempre più spesso viene posta diagnosi di DBP nella fascia d’età compresa tra la tarda adolescenza e la prima età adulta.

Per gli adolescenti o i giovani adulti che sviluppano il DBP, i comportamenti autolesivi o disfunzionali (*cutting*, abuso di alcol, di droghe) rappresentano spesso un gesto di disperazione che riflette un’incapacità di comprendere e di comunicare i propri stati affettivi e mentali. La disorganizzazione del sé produce, a sua volta, una disorganizzazione nelle relazioni di attaccamento creando un bisogno costante di esternalizzazione del sé alieno (tendenzialmente attraverso l’identificazione proiettiva) nelle relazioni intime (Fonagy & Target, 2005). I comportamenti impulsivi, autolesivi, l’instabilità affettiva e il bisogno di relazioni duali esclusive sono indicatori di rischio (Gunderson & Links, 2015) fin dalla giovane età. Alcuni studi hanno dimostrato che circa un terzo delle donne con DBP hanno iniziato a farsi del male prima dei 13 anni (Zanarini *et al.*, 2006).

Per questi motivi è essenziale un intervento tempestivo rivolto ad adolescenti e a giovani adulti tale da contrastare l'aggravarsi della patologia.

Diverse evidenze in letteratura hanno dimostrato che trattamenti psicoterapeutici efficaci possono portare a una progressiva remissione della sintomatologia, con riduzione di alcuni *pattern* comportamentali, come ad esempio l'impulsività mediante il miglioramento del senso di *agency* e del funzionamento sia interpersonale sia occupazionale (Rishede *et al.*, 2021). Altri studi hanno osservato che l'MBT sia superiore al trattamento di routine (TAU) nella riduzione dell'autolesionismo (inclusi i gesti suicidari) e della depressione, sia a breve che a lungo termine (Cristea *et al.*, 2017; Rossouw & Fonagy, 2012).

Sono poche le ricerche che, nel panorama italiano, si sono poste l'obiettivo di valutare l'efficacia del MBT nel contesto dei pazienti adulti con Gravi Disturbi di Personalità (Bergonzini *et al.*, 2013; Carrera *et al.*, 2018). In particolare, nel 2012 il personale del Dipartimento di Psichiatria dell'Ospedale di Camposampiero (ULSS 6 Euganea, Padova) ha deciso di ideare e strutturare un progetto terapeutico idoneo per pazienti adulti con DBP (i pazienti con Disturbi di Personalità costituiscono il 12.89% delle prime diagnosi degli utenti del Servizio, si ipotizza tuttavia che il numero sia maggiore, circa il 25% del totale delle diagnosi). È stata quindi istituita presso Il Centro di Salute Mentale (CSM), un'*équipe* multiprofessionale - composta da psichiatri, una psicoterapeuta clinica, specializzandi in psicoterapia e infermieri - specializzata nel trattamento dei DP tramite l'MBT (2010).

Il percorso di cura MBT, iniziato nel 2014, presenta alcune peculiarità che integrano il modello originario (Bateman & Fonagy, 2010) con le indicazioni del *Good Psychiatric Management* di Gunderson (2015) e del PDTA della Regione Veneto (DGR del Veneto n.53 del 28.5.2019).

I risultati sull'efficacia del trattamento presso questo Servizio sono stati pubblicati (Carrera *et al.*, 2018). Rispetto ad una iniziale popolazione di pazienti (età media  $\approx 36,5$ ) si è registrato nel corso del tempo un graduale abbassamento dell'età. Oggi vi è la necessità di estendere il percorso di cura anche a soggetti rientranti in tarda adolescenza (16-18 anni) e *emerging adulthood* (19-23), al fine di poter assolvere ad una funzione precoce di supporto prima dello stabilizzarsi di sintomi conclamati.

## **OBIETTIVI**

L'obiettivo primario del presente progetto è l'estensione e la strutturazione di un percorso intensivo di cura MBT, già erogato per gli adulti, anche a tardo adolescenti e giovani adulti afferenti al CSM di Camposampiero, cercando di intervenire nella fase dello sviluppo in cui si verificano profondi cambiamenti a livello corporeo, interpersonale, cognitivo ed emotivo (Lingiardi & McWilliams, 2018).

In particolare, per gli adolescenti tale complessità implica il compito di integrare pensieri, sentimenti, emozioni e motivazioni di sé e dell'altro; difficoltà in tal senso possono portare a un "*breakdown* nella mentalizzazione, con conseguente ritiro dal mondo sociale e a un'intensificazione dell'ansia e degli agiti" (Fonagy *et al.*, 2005, p. 227).

Questo trattamento si rivolgerebbe nello specifico ai pazienti con diagnosi clinica di DBP formulata dallo psichiatra territoriale di riferimento attraverso il PDM-2, che contempla tale diagnosi anche tra i profili di personalità emergenti in adolescenza (Asse PA), successivamente avvalorata attraverso un approfondimento diagnostico svolto tramite *Structured Clinical Interview for DSM-5 - Personality Disorders* (SCID-5-PD; First *et al.*, 2016) e *Symptom Check List-90-Revised* (SCL-90-R, Derogatis, 1994).

I criteri di esclusione al trattamento sono: (I) età inferiore a 17 anni o superiore a 23 per i pazienti con diagnosi di DBP o DBP emergente (PDM-2); (II) la concomitanza di disabilità intellettiva; (III) l'insufficiente conoscenza della lingua italiana; (IV) l'utilizzo attivo di sostanze psicotrope tale da necessitare immediati interventi di disintossicazione.

Attraverso questo percorso di cura ci si propone di portare a una riduzione della sintomatologia impulsiva e disregolata, tipica di organizzazioni *Borderline*, in termini di incremento delle capacità

di mentalizzazione e *agency*, riduzione dei sintomi depressivi, dei comportamenti aggressivi auto ed etero diretti e conseguente riduzione dell'affaticamento del Servizio Sanitario. Inoltre, mira a migliorare la capacità dei giovani partecipanti di rappresentare i propri e altrui stati mentali in modo accurato e in situazioni emotivamente complesse.

## METODOLOGIA

Questo studio longitudinale, tramite l'analisi delle misure ripetute non parametriche (*Friedman Test*), si pone l'obiettivo di valutare l'efficacia del metodo e degli interventi MBT, inserendosi nelle ricerche di esito (*Outcome Reserarch*).

Il programma prevede che a tutti i pazienti segnalati dallo psichiatra territoriale (che rimane *case manager* del caso) come portatori di DBP venga proposta come metodologia di cura l'MBT.

Il programma MBT prevede un trattamento intensivo ambulatoriale della durata di 18 mesi, durante il quale ogni paziente partecipa a un doppio *setting* (individuale e gruppale), entrambi con cadenza settimanale. Coerentemente con quanto suggerito dagli autori (Bateman & Fonagy, 2019) i due *setting* non sono tra loro scindibili. Il gruppo, che può essere inserito nella categoria dei gruppi semiaperti, può essere composto da un massimo di 10 membri ed è condotto da uno psichiatra o dalla psicologa clinica e da un infermiere. Le psicoterapie individuali (circa 45 sedute) sono condotte dai restanti psichiatri (con esclusione del conduttore del gruppo) e dagli specializzandi in psicoterapia. Le sessioni di psicoterapia individuale e di gruppo vengono costantemente audio o video-registrate.

Prima di iniziare il percorso psicoterapeutico in senso stretto, viene proposto ai pazienti un Gruppo Introduttivo al Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT-I), che si struttura in un incontro con cadenza settimanale. Il Gruppo Introduttivo mira a favorire l'aggancio al percorso terapeutico e l'acquisizione di alcuni concetti inerenti alla strutturazione del trattamento e alla mentalizzazione. In aggiunta, viene incentivato l'apporto e la riflessione sulle esperienze e sulle modalità soggettive dei pazienti.

Il progetto prevede inoltre il Gruppo Familiari (MBT-F). Quest'ultimo, di natura psicoeducativa, prevede circa 12 incontri ed è dedicato ai familiari che vivono a stretto contatto con i pazienti e sui quali conseguentemente ricadono le maggiori difficoltà di relazione. Il coinvolgimento dei famigliari permette di aiutarli a sviluppare forme di dialogo più mentalizzanti in grado di promuovere fiducia, riflessività e comprensione (PDM-2, 2018).

In ottemperanza alla normativa vigente, il paziente decide di aderire al protocollo di ricerca MBT firmando un Consenso Informato quando maggiorenni, o tramite firma dei genitori/tutori se minorenni. In questo modo autorizza il CSM a somministrargli gli strumenti di valutazione periodica sull'efficacia del trattamento, a effettuare registrazione audio e video delle sedute di psicoterapia e ad utilizzare i relativi dati e informazioni a fini di ricerca, in forma riservata e totalmente anonima.

Il progetto avrà un corso di circa 36 mesi: fase iniziale (6 mesi) che comprende la strutturazione del progetto con formazione dell'*équipe* e approvazione del progetto da parte del Comitato Etico Ospedaliero; fase centrale (18 mesi) che include reclutamento e sviluppo MBT; fase finale (12 mesi) *follow-up* e risultati complessivi. Il programma prevede una serie di valutazioni testistiche, della durata massima di 60 minuti, che si svolgono all'inizio, a metà e al termine del trattamento:

- *Time 0* (T<sub>0</sub>): *screening* pre-trattamento
- *Time 1* (T<sub>1</sub>): a 9 mesi dall'inizio del trattamento
- *Time 2* (T<sub>2</sub>): a 18 mesi, termine del percorso MBT
- *Follow-Up* (FU): ad un anno dalla conclusione del trattamento

Sono previste, inoltre, due ulteriori somministrazioni (*follow-up*) a 2 anni e a 5 anni dal termine del trattamento.

Oltre a ciò, ogni tre mesi da T<sub>0</sub> a T<sub>2</sub> vengono somministrati alcuni test inerenti ai singoli percorsi psicoterapeutici, per un totale di 7 somministrazioni nei 18 mesi di trattamento di circa dieci minuti ciascuna. I dati anamnestici dei partecipanti vengono ricavati dalla lettura delle cartelle cliniche ambulatoriali e da quelli raccolti in una Scheda Anamnestica durante un'intervista con il paziente.

La batteria di test comprenderà sia strumenti *self-report* sia *clinical report*.

La valutazione degli esiti viene effettuata attraverso i seguenti strumenti standardizzati: quali la *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders* (SCID-5-PD, First *et al.*, 2016), la *Symptom Check List-90-Revised* (SCL-90-R, Derogatis, 1994), la *Borderline Personality Disorder Check List* (BPD-CL, Arntz & Dreessen, 1995), la STAI Y1-Y2 (Spielberger, 1983), la *Beck Depression Inventory II* (BDI-II, Beck *et al.*, 1996) e di test descrittivi del funzionamento adattivo personale e sociale quali la *Global Assessment of Functioning scale* (GAF, Jones *et al.*, 1995; APA, 2014), la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS, Gratz & Roemer, 2004), la *Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire* (CECA.Q, Smith *et al.*, 2002).

Per i cambiamenti nelle competenze emotive e relazionali viene utilizzato il *Questionario della Funzione Riflessiva* (RFQ, Fonagy *et al.*, 2016)

Per la misura delle variabili di processo terapeutico e di aderenza al protocollo manualizzato MBT sono somministrati ai pazienti e ai terapeuti individuali e di gruppo la *Modes of Mentalization Scale* (MMS, Gagliardini *et al.*, 2017), la *Mentalization Imbalance Scale* (MIS, Gagliardini *et al.*, 2018) e la *Mentalization-Based Treatment Adherence and Competence Scale* (MBT-ACS, Bateman, 2020).

## **RISULTATI ATTESI**

I risultati attesi nel 18 mesi di trattamento e durante le valutazioni *follow-up* sono un incremento nel giovane adulto del funzionamento globale e una riduzione dei sintomi associati al DBP, soprattutto in termini di diminuzione dell'ostilità, dell'ansia, della depressione, della paranoia e del conseguente auspicabile aumento delle capacità intrapersonale e relazionale.

Questo percorso intensivo permette inoltre un potenziamento nella capacità di comprensione degli stati mentali propri e altrui, con maggiore equilibrio e flessibilità tra le polarità/dimensioni del costrutto della mentalizzazione anche nei contesti carichi emotivamente, favorendo lo sviluppo di un *pattern* di funzionamento meno rigido.

Mediante la compilazione della Scheda di Valutazione del Paziente (SVP) è possibile valutare il decremento del carico di lavoro a cui è sottoposto il Servizio Ospedaliero, in particolare in termini di frequenza e durata dei ricoveri, prescrizione di psicofarmaci, numero di visite ed accessi in urgenza.

## INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE

- Arntz, A., Dreesen, L. (1995). *BPD Klachtenlijst [BPD Checklist]*. Internal document, Maas-tricht University (vers. it. in: Prunas, A., Sarno, I., Capizzi, S., Madeddu, F. (2006). La versione italiana della Borderline Personality Disorder Check-list. *MINERVA PSICHIATRICA*, 47(2), 143-154).
- American Psychiatric Association (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Baldoni, F. (2014). Mentalizzazione e integrazione psicosomatica del Sé. In: Northoff, G., Farinelli, M., Chattat, R., Baldoni, F. (Eds.) (2014). *La plasticità del Sé. Un approccio neuropsicodinamico*. Bologna: Il Mulino, pp. 93-130.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160, 169-171.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2006). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2010). *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2019). *Mentalizzazione e disturbi di personalità. Una guida pratica al trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory: Manual*. Gutman Reserve Test Collection, Psychological Corporation.
- Bergonzini, C., Raffaelli, S., Prelati, M., Piantato, E., Bertamini, D., Veglia, F. (2013). Studio preliminare su un campione di soggetti con diagnosi di disturbo di personalità borderline ricoverati presso il Day Hospital Psichiatrico della Struttura di Psichiatria S.P.D.C. dell’Azienda Ospedaliera “SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo” di Alessandria. *Working Paper of Public Health*, 2, 1-13.

- Carrera, S., Pandolfi, G., Cappelletti, J. Y., Padoani, W., Salcuni, S. (2018). Oriented mentalization-based treatment for borderline personality disorder patients: preliminary results at Camposampiero Mental Health Center. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome (RIPPO)*, Mon, 17 Dec 2018.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D, Barbui, C, Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 74 (4): 319-328.
- Debbané, M. (2019). *Mentalizzazione: dalla teoria alla pratica clinica*. (Oasi, O., A cura di). Milano: Edra.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring & procedure manual for the revised version of the SCL-90*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Smith Benjamin, L., Spitzer, R. L. (2016) *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., Luyten P, Moulton-Perkins, A., Lee, Y.W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS One*. Jul 8;11(7).
- Fonagy, P., Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psicopatologia evolutiva. Le teorie psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gagliardini, G., Boldrini A., Blasi, T., Caverzasi, E., Colli, A. (2017). Development and First Validation of a New Clinician-Report Assessment Measure of Mentalization: The Polarities of Mentalization Scale. *Brief paper presented at 48th International Annual Meeting of the SPR – Society for Psychotherapy Research*, Toronto, Canada, June 21-24.
- Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., Colli, A. (2018). Assessing mentalization in psychotherapy: first validation of the Mentalization Imbalances Scale. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(3), 164-177.
- 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.

- Gunderson, J. G., Links, P. S. (2015). *Good Psychiatric Management nel trattamento del disturbo borderline*. Milano: Edizioni Edra.
- Lingiardi, V., McWilliams, N. (2018). *Manuale Diagnostico Psicodinamico-seconda edizione (PDM-2)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166, 654-659.
- Rishede, M. Z., Juul, S., Bo, S., Gondan, M., Bjerrum Møeller, S., Simonsen, S. (2021). Personality Functioning and Mentalizing in Patients With Subthreshold or Diagnosed Borderline Personality Disorder: Implications for ICD-11. *Frontiers in Psychiatry*, 1 March 2021, Volume 12.
- Rossouw T., Fonagy P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2012 Dec, 51(12), 1304-1313.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Smith, N., Lam, D., Bifulco, A., Checkley, S. (2002). Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q). Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. Dec, 37(12):572-9.
- Winsper, C. (2020). Borderline personality disorder: course and outcomes across the lifespan. *Current opinion in psychology*, 37, 94–97.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E. et al. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. In *Journal of Personality Disorders*, 20, pp. 9-15.

## SITOGRAFIA

DGR del Veneto n.53 del 28.5.2019. *Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il Trattamento del Disturbo Borderline di Personalità:*

[https://www.regione.veneto.it/c/document\\_library/get\\_file?uuid=34b5ef1d-97b6-44f9-a72e-94e84c4103fc&groupId=10793](https://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=34b5ef1d-97b6-44f9-a72e-94e84c4103fc&groupId=10793)

Bateman, A., (agosto 2020). MBT Adherence Manual.

<https://www.annafreud.org/media/14278/adherence-scale-august-2020.pdf>

## DESCRIZIONE DELLA RICERCA NEL TRIENNIO

Come precedentemente affermato il progetto si articolerà nell'arco di 36 mesi:

1. fase iniziale della durata di circa 6 mesi che comprende la strutturazione del progetto con formazione dell'*équipe* multiprofessionale e approvazione del progetto da parte del Comitato Etico Ospedaliero;
2. fase centrale (18 mesi) che include sviluppo MBT in accordo con quanto sostenuto dagli autori (Fonagy & Bateman, 2010):
  - a. reclutamento dei pazienti da parte degli psichiatri di riferimento territoriali.
  - b. Firma del Consenso Informato;
  - c. Partecipazione del giovane paziente al Gruppo Introduttivo (MBT-I) a cadenza settimanale per circa due/tre mesi.
  - d. Successivamente il paziente viene inserito nel gruppo psicoterapeutico di natura semiaperta e contemporaneamente inizia il percorso di psicoterapia individuale.
  - e. Partecipazione dei familiari al gruppo MBT-F che si articola in 12 incontri a cadenza settimanale.
  - f. Somministrazione della batteria testistica a inizio, durante e fine del trattamento.
3. fase finale (12 mesi): *follow-up* e risultati complessivi.