

Ruolo e potenzialità dell'Educatore Professionale nella Terapia Dialettico Comportamentale: sinergie e prospettive per l'équipe multidisciplinare

Elena Tenconi¹, Erica Travan²

Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Padova¹; Educatore professionale presso "Cooperativa Margherita", Sandrigo, Vicenza²

Abstract: Il Progetto qui presentato vuole essere una riflessione sul possibile e specifico ruolo dell'Educatore professionale nell'ambito dell'équipe multiprofessionale del modello di cura proposto dalla Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) rivolta al Disturbo Borderline di Personalità (DBP). Il DBP è un disturbo psichiatrico potenzialmente grave, caratterizzato da instabilità emotiva, difficoltà nelle relazioni interpersonali, impulsività e una marcata paura dell'abbandono. La DBT, sviluppata da Marsha Linehan, è uno dei trattamenti più efficaci per questo disturbo e prevede un'équipe multiprofessionale che solitamente include: psicoterapeuti, che si occupano della terapia individuale e della supervisione del percorso psicoterapico, psichiatri che valutano e gestiscono il trattamento farmacologico, laddove necessario, infermieri e operatori socio-sanitari, responsabili del supporto e della gestione della quotidianità e delle emergenze. Per il presente Progetto si sono intervistate due diverse figure professionali appartenenti all'équipe multiprofessionale DBT: una psicologa e un'infermiera capo-sala, di un reparto di riabilitazione psichiatrica impegnato nella presa in carico e trattamento DBT di pazienti con DBP. La figura dell'Educatore Professionale potrebbe rappresentare una figura ben spendibile all'interno dell'équipe DBT, con una specificità per il supporto psicoeducativo e la promozione e l'insegnamento delle abilità di controllo e regolazione emotionale e di socializzazione. In particolare, l'Educatore professionale attraverso la relazione educativa, può costruire un rapporto di fiducia con il paziente agendo nella quotidianità e fornendo supporto per la gestione dell'impulsività e della regolazione emotiva, fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi e per migliorare la qualità di vita della persona.

Parole chiave: Disturbo di personalità borderline, Terapia dialettico-comportamentale, disregolazione emotiva, educatore professionale, disturbi mentali.

Abstract: The present project aims to reflect on the possible and specific role of the Professional educator within the multidisciplinary team of the care model proposed by Dialectical Behavior Therapy (DBT) for the treatment of Borderline Personality Disorder (BPD). BPD is a potentially severe psychiatric condition characterized by emotional instability, difficulties in interpersonal relationships, impulsivity, and an intense fear of abandonment. The DBT, developed by Marsha Linehan, is one of the most effective treatments for this disorder and is structured around a multidisciplinary team typically composed of: psychotherapists, responsible for individual therapy and supervision of the psychotherapeutic process; psychiatrists, who assess and manage pharmacological treatment when necessary; and nurses and social health workers, who provide support and assist in managing daily life and emergencies. For this project, two professionals from a DBT multidisciplinary team were interviewed: a psychologist and a head nurse from a psychiatric rehabilitation unit specializing in the treatment of patients with BPD through DBT. Both interviewees consider the role of the professional educator highly valuable within the team, particularly for psychoeducational support and for promoting and teaching skills related to emotional regulation and socialization. Specifically, through the educational relationship, the professional educator can build a trust-based rapport with the patient and provide support in managing impulsivity and emotional regulation—an essential aspect in achieving rehabilitation goals and improving the individual's quality of life.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Dialectical Behavior Therapy, Emotional Dysregulation, Professional Educator, Mental Disorders.

Introduzione

Nel 1938, Adolf Stern, psichiatra e psicoanalista americano, fu il primo a usare il termine 'borderline' per descrivere pazienti con tendenze masochistiche e modalità di pensiero particolarmente rigide. Nel 1980, il disturbo borderline viene inserito nella terza edizione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-III) (APA, 1980), passo fondamentale nel riconoscimento del disturbo come una condizione clinica distinta, e ne vengono esplicitati i criteri diagnostici, in particolare l'instabilità dell'immagine di sé, delle relazioni interpersonali, l'elevata emotività, la difficoltà di regolazione delle emozioni, l'instabilità dell'umore, insieme ad una marcata impulsività, che si manifestano entro la prima età adulta. La relazione, sia a livello affettivo che interpersonale, costituisce un elemento centrale nel disturbo. Le persone che ne sono affette tendono infatti a vivere legami instabili, segnati da una marcata paura dell'abbandono, da meccanismi di svalutazione, da rabbia intensa o inappropriata e da un pervasivo senso di vuoto. Si possono osservare anche sintomi dissociativi, comportamenti auto e/o etero-aggressivi, fino a veri e propri sintomi psicotici transitori, soprattutto in situazioni di elevato stress (DSM-5; APA, 2013). Il rischio di autolesionismo e di comportamento suicidario è elevato. Il DBP è associato a un significativo deficit funzionale, a un utilizzo intensivo dei trattamenti e ad alti costi sociali (Leichsenring et al., 2024). La prevalenza nella popolazione generale adulta varia dallo 0,7% al 2,7%, mentre raggiunge circa il 12% nei servizi psichiatrici ambulatoriali e il 22% in quelli ospedalieri (Ellison et al., 2018).

Il BDP rappresenta il contesto originario della Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT), all'interno del quale questa ha evidenziato la sua maggiore efficacia. A fronte della complessità eziologica e fenomenologica del DBP, la DBT si configura oggi come un trattamento evidence-based, sviluppato specificatamente per rispondere al profilo sintomatologico specifico di questo disturbo. La DBT è una terapia integrata, che combina diversi modelli psicoterapici e favorisce la capacità di utilizzare strategie adattive di regolazione emotiva e comportamentale (Linehan, 1993, Linehan et al., 2006; Stoffers-Winterling et al., 2012). Numerosi studi hanno rilevato un'elevata efficacia nel trattamento del BDP, anche e soprattutto, nelle sue forme più gravi autolesive o para suicidarie (Storebø et al., 2020).

La DBT afferisce alla così detta "terza onda", ovvero un insieme di psicoterapie di derivazione cognitivo comportamentale, nate intorno agli anni Venti, con lo scopo di cambiare il punto di vista dell'individuo rispetto al suo stato problematico. Ideata e realizzata da Marsha Linehan, specificatamente per trattare la disregolazione emotiva tipica del DBP, responsabile di un alto rischio suicidario. Il fine ultimo è quello di aiutare gli individui con questo disturbo a costruirsi un'esperienza di vita "degnata di essere vissuta" (Linehan, 2021).

Si tratta di un approccio terapeutico di matrice cognitivo-comportamentale, con l'aggiunta di tecniche di mindfulness, che favoriscono l'accettazione e la consapevolezza del momento presente, di principi della terapia comportamentale, che si focalizzano sull'insegnamento di abilità per la regolazione emotiva, la tolleranza alla frustrazione, le capacità interpersonali e la gestione dei comportamenti impulsivi. Infine, la DBT si caratterizza per l'approccio dialettico, che incoraggia il bilanciamento tra accettazione e cambiamento, promuovendo una visione flessibile della realtà. La Linehan definisce la DBT "un programma di auto-miglioramento" (Linehan, 2021, p. 213), "una combinazione di sedute di psicoterapia individuale, training di gruppo per l'apprendimento delle abilità, coaching telefonico, team di consultazione terapeutica e opportunità di aiutare a cambiare la situazione sociale o familiare del cliente" (Linehan, 2021, p. 208), utile ad aiutare le persone nel gestire emozioni forti, evitando di perdere il controllo e agire in maniera distruttiva e a rafforzare le loro capacità di gestione del disagio. È fondamentale definire obiettivi condivisi tra paziente e terapeuta, che da un lato favoriscano l'accettazione di sé, della propria situazione e della sofferenza, e dall'altro promuovano il cambiamento verso una vita migliore. L'asse portante della DBT è l'apprendimento di specifiche "skills" (abilità, competenze), fondamentali per la gestione delle emozioni estreme, con l'obiettivo di aiutare la persona a trovare un equilibrio, prevenire le ricadute e vivere una vita migliore (Tabella 1). Le "skills" vengono insegnate durante le sessioni di gruppo e praticate nelle sessioni individuali e nella vita quotidiana, con

lo scopo di fornire ai pazienti strumenti concreti per gestire le emozioni intense, migliorare le relazioni interpersonali e ridurre i comportamenti disfunzionali.

Tabella 1: Moduli e “Skills” Principali della DBT

Modulo	Obiettivo	“Skills”*
Mindfulness (Consapevolezza)	Aumentare la consapevolezza Vivere il momento presente Ridurre il pilota automatico	- Osservare - Descrivere - Partecipare - Non giudicare - Fare una cosa alla volta - Essere efficaci
Tolleranza allo stress	Sopravvivere alla crisi Accettare la realtà Trovare significato	- Distrazione - Auto-calmante - Migliorare il momento - Valutare pro e contro - Accettazione radicale
Regolazione emotiva	Comprendere le emozioni Ridurre la vulnerabilità emotiva Diminuire la sofferenza emotiva	- Identificare e nominare le emozioni - Identificare gli ostacoli al cambiamento delle emozioni - Ridurre la vulnerabilità alle emozioni negative - Aumentare le emozioni positive - Modificare le emozioni attraverso l'azione opposta - Applicare tecniche di tolleranza allo stress
Efficacia interpersonale	Ottenere ciò che si vuole Mantenere le relazioni Mantenere il rispetto di sé	- Obiettivi nelle relazioni (ottenere ciò che si vuole) - Mantenere le relazioni - Mantenere il rispetto di sé - DEAR MAN (Describe, Express, Assert, Reinforce, Mindful, Appear confident, Negotiate) - GIVE (Gentle, Interested, Validate, Easy manner) - FAST (Fair, Apologies - no, Stick to values, Truthful)

Nel 1938, Adolf Stern, psichiatra e psicoanalista americano, fu il primo a usare il termine 'borderline' per descrivere pazienti con tendenze masochistiche e modalità di pensiero particolarmente rigide. Nel 1980, il disturbo borderline viene inserito nella terza edizione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-III) (APA, 1980), passo fondamentale nel riconoscimento del disturbo come una condizione clinica distinta, e ne vengono esplicitati i criteri diagnostici, in particolare l'instabilità dell'immagine di sé, delle relazioni interpersonali, l'elevata emotività, la difficoltà di regolazione delle emozioni, l'instabilità dell'umore, insieme ad una marcata impulsività, che si manifestano entro la prima età adulta. La relazione, sia a livello affettivo che interpersonale, costituisce un elemento centrale nel

disturbo. Le persone che ne sono affette tendono infatti a vivere legami instabili, segnati da una marcata paura dell'abbandono, da meccanismi di svalutazione, da rabbia intensa o inappropriata e da un pervasivo senso di vuoto. Si possono osservare anche sintomi dissociativi, comportamenti auto e/o etero-aggressivi, fino a veri e propri sintomi psicotici transitori, soprattutto in situazioni di elevato stress (DSM-5; APA, 2013). Il rischio di autolesionismo e di comportamento suicidario è elevato. Il DBP è associato a un significativo deficit funzionale, a un utilizzo intensivo dei trattamenti e ad alti costi sociali (Leichsenring et al., 2024). La prevalenza nella popolazione generale adulta varia dallo 0,7% al 2,7%, mentre raggiunge circa il 12% nei servizi psichiatrici ambulatoriali e il 22% in quelli ospedalieri (Ellison et al., 2018).

Il BDP rappresenta il contesto originario della Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT), all'interno del quale questa ha evidenziato la sua maggiore efficacia. A fronte della complessità eziologica e fenomenologica del DBP, la DBT si configura oggi come un trattamento evidence-based, sviluppato specificatamente per rispondere al profilo sintomatologico specifico di questo disturbo. La DBT è una terapia integrata, che combina diversi modelli psicoterapici e favorisce la capacità di utilizzare strategie adattive di regolazione emotiva e comportamentale (Linehan, 1993, Linehan et al., 2006; Stoffers-Winterling et al., 2012). Numerosi studi hanno rilevato un'elevata efficacia nel trattamento del BDP, anche e soprattutto, nelle sue forme più gravi autolesive o para suicidarie (Storebø et al., 2020).

La DBT afferisce alla così detta "terza onda", ovvero un insieme di psicoterapie di derivazione cognitivo comportamentale, nate intorno agli anni Venti, con lo scopo di cambiare il punto di vista dell'individuo rispetto al suo stato problematico. Ideata e realizzata da Marsha Linehan, specificatamente per trattare la disregolazione emotiva tipica del DBP, responsabile di un alto rischio suicidario. Il fine ultimo è quello di aiutare gli individui con questo disturbo a costruirsi un'esperienza di vita "degni di essere vissuta" (Linehan, 2021).

Si tratta di un approccio terapeutico di matrice cognitivo-comportamentale, con l'aggiunta di tecniche di mindfulness, che favoriscono l'accettazione e la consapevolezza del momento presente, di principi della terapia comportamentale, che si focalizzano sull'insegnamento di abilità per la regolazione emotiva, la tolleranza alla frustrazione, le capacità interpersonali e la gestione dei comportamenti impulsivi. Infine, la DBT si caratterizza per l'approccio dialettico, che incoraggia il bilanciamento tra accettazione e cambiamento, promuovendo una visione flessibile della realtà. La Linehan definisce la DBT "un programma di auto-miglioramento" (Linehan, 2021, p. 213), "una combinazione di sedute di psicoterapia individuale, training di gruppo per l'apprendimento delle abilità, coaching telefonico, team di consultazione terapeutica e opportunità di aiutare a cambiare la situazione sociale o familiare del cliente" (Linehan, 2021, p. 208), utile ad aiutare le persone nel gestire emozioni forti, evitando di perdere il controllo e agire in maniera distruttiva e a rafforzare le loro capacità di gestione del disagio. È fondamentale definire obiettivi condivisi tra paziente e terapeuta, che da un lato favoriscano l'accettazione di sé, della propria situazione e della sofferenza, e dall'altro promuovano il cambiamento verso una vita migliore. L'asse portante della DBT è l'apprendimento di specifiche "skills" (abilità, competenze), fondamentali per la gestione delle emozioni estreme, con l'obiettivo di aiutare la persona a trovare un equilibrio, prevenire le ricadute e vivere una vita migliore (Tabella 1). Le "skills" vengono insegnate durante le sessioni di gruppo e praticate nelle sessioni individuali e nella vita quotidiana, con lo scopo di fornire ai pazienti strumenti concreti per gestire le emozioni intense, migliorare le relazioni interpersonali e ridurre i comportamenti disfunzionali.

Tabella 1: Moduli e "Skills" Principali della DBT

Modulo	Obiettivo	"Skills"*
Mindfulness (Consapevolezza)	Aumentare la consapevolezza	- Osservare - Descrivere - Partecipare - Non giudicare

	Vivere il momento presente Ridurre il pilota automatico	- Fare una cosa alla volta - Essere efficaci
Tolleranza allo stress	Sopravvivere alla crisi Accettare la realtà Trovare significato	- Distrazione - Auto-calmante - Migliorare il momento - Valutare pro e contro - Accettazione radicale
Regolazione emotiva	Comprendere le emozioni Ridurre la vulnerabilità emotiva Diminuire la sofferenza emotiva	- Identificare e nominare le emozioni - Identificare gli ostacoli al cambiamento delle emozioni - Ridurre la vulnerabilità alle emozioni negative - Aumentare le emozioni positive - Modificare le emozioni attraverso l'azione opposta - Applicare tecniche di tolleranza allo stress
Efficacia interpersonale	Ottenere ciò che si vuole Mantenere le relazioni Mantenere il rispetto di sé	- Obiettivi nelle relazioni (ottenere ciò che si vuole) - Mantenere le relazioni - Mantenere il rispetto di sé - DEAR MAN (Describe, Express, Assert, Reinforce, Mindful, Appear confident, Negotiate) - GIVE (Gentle, Interested, Validate, Easy manner) - FAST (Fair, Apologies - no, Stick to values, Truthful)

*Abilità, Competenze

Sebbene la DBT sia stata originariamente ideata e sviluppata per il trattamento del DBP con comportamenti autolesivi e tendenze para suicide, la sua efficacia nella disregolazione emotiva ha portato ad un'ampia estensione delle sue applicazioni. Una revisione completa di Ritschel et al. (2015) ha evidenziato l'efficacia della DBT in un ampio spettro di quadri psicopatologici, inclusi disturbi dell'umore, disturbi alimentari, disturbo da uso di sostanze e disturbo da stress post-traumatico, sia in popolazioni adulte che adolescenziali.

Sebbene la DBT sia stata originariamente ideata e sviluppata per il trattamento del DBP con comportamenti autolesivi e tendenze para suicide, la sua efficacia nella disregolazione emotiva ha portato ad un'ampia estensione delle sue applicazioni. Una revisione completa di Ritschel et al. (2015) ha evidenziato l'efficacia della DBT in un ampio spettro di quadri psicopatologici, inclusi disturbi dell'umore, disturbi alimentari, disturbo da uso di sostanze e disturbo da stress post-traumatico, sia in popolazioni adulte che adolescenziali.

L'équipe multidisciplinare nella cura psichiatrica in generale e nella DBT in particolare

In generale, la riabilitazione psichiatrica adotta solitamente un approccio di cura integrato. Perché gli interventi riabilitativi siano efficaci, è fondamentale la presenza di diverse figure professionali che collaborano alla definizione degli obiettivi progettuali per la persona, attraverso un piano terapeutico riabilitativo integrato e individualizzato. Tali team multiprofessionali solitamente sono formati da psichiatri e psicologi, le cui principali competenze consistono nella formulazione diagnostica e del progetto terapeutico, nonché nella gestione più in generale del disturbo (Fuga, 2021). A queste si aggiungono tre figure professionali con competenze specifiche, seppur parzialmente sovrapponibili, che tuttavia si distinguono sia per le loro specializzazioni che per gli ambiti di intervento. L'Infermiere professionale, il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica e l'Educatore Professionale (EP) collaborano tra loro a livello professionale, contribuendo insieme al processo riabilitativo (Fuga, 2021).

L'approccio multidisciplinare integrato della DBT viene attuato tramite un'équipe terapeutica strutturata e multiprofessionale che lavora in stretta sinergia, richiedendo capacità di coesione e coerenza nelle varie modalità operative. Quest'ultima caratteristica richiede un preciso allineamento metodologico e una forte coerenza nell'applicazione dei principi terapeutici, entrambi elementi cruciali per il buon esito del trattamento. L'équipe è tipicamente composta da professionisti con diverse competenze specialistiche e, in particolare, include: Psicoterapeuti individuali, responsabili delle sessioni individuali settimanali e della gestione delle crisi; Conduttori dei gruppi di "skills training", facilitano l'apprendimento e la pratica delle abilità DBT; Consulenti telefonici, offrono il supporto tra le sessioni, facilitando la generalizzazione delle abilità ("skills"); Case manager, coordinano i servizi e fungono da collegamento con le risorse del territorio; Supervisor clinici, garantiscono l'aderenza al modello DBT e supportano il team; Psichiatri, prescrivono e gestiscono la farmacoterapia, quando necessario (Linehan, 1993; Swales et al., 2012). L'équipe si riunisce con cadenza regolare, garantendo la necessaria coerenza e aderenza al modello di trattamento, nonché offrendo supporto al personale coinvolto, in considerazione della complessità dei pazienti con DBP e delle elevate competenze richieste per operare in questo ambito, dove il rischio di burnout è costante (Swenson et al., 2016).

Disegno dello studio e obiettivo

Alla luce di quanto sopra, seppur l'EP sia una figura consolidata nelle équipes multiprofessionali di cura psichiatrica generale, si evidenzia la sua assenza nel team standard della DBT. Questa discrepanza solleva interrogativi sulla potenziale integrazione di tale professionista nel protocollo DBT, considerando le sue competenze nell'ambito psicopedagogico e riabilitativo. In particolare, pensare alla figura dell'EP in un'équipe multiprofessionale DBT richiede un'analisi critica, che prenda in considerazione la compatibilità tra le competenze educative e gli obiettivi terapeutici della DBT, valutando anche l'effetto potenziale della presenza di una figura educativa sull'efficacia complessiva del trattamento.

L'obiettivo del Progetto è stato quello di valutare la specificità del ruolo dell'EP nell'ambito dell'équipe multiprofessionale impegnata nel trattamento dialettico-comportamentale di persone con DBP.

Procedura

Al fine di esplorare empiricamente l'ipotesi di ricerca, sono state condotte due interviste semi-strutturate con due professioniste che operano nell'ambito delle professioni di aiuto, entrambe con esperienza diretta nel trattamento di pazienti con DBP mediante l'applicazione del modello DBT, con un diverso ruolo nell'équipe multiprofessionale. Nello specifico, le intervistate - una psicologa-psicoterapeuta e una infermiera con ruolo di coordinamento- sono state selezionate per la loro esperienza nella pratica clinica DBT e per la loro prospettiva multidisciplinare, al fine di ottenere una visione articolata e informata sulla potenziale integrazione dell'EP nel protocollo DBT.

Materiali e metodi

I dati sono stati raccolti utilizzando un'intervista semi-strutturata costruita ad hoc, con l'obiettivo di esplorare in maniera approfondita le prospettive di due professionisti sul ruolo specifico, rilevanza e il potenziale valore aggiunto dell'integrazione dell'EP all'interno dell'équipe multidisciplinare dedicata alla presa in carico di pazienti con DBT, nell'ambito del modello di trattamento basato sulla DBT.

Il setting scelto ha previsto un contesto sanitario, nello specifico lo studio della psicologa-psicoterapeuta e l'ambulatorio infermieristico del reparto di riabilitazione psichiatrica; la durata di ciascun colloquio è stata di circa trenta minuti. La ricerca è stata condotta nel rispetto dei principi etici enunciati nella Dichiarazione di Helsinki (World Medical Association - WMA, 2013). Le partecipanti sono state informate sugli obiettivi della ricerca e hanno fornito il loro consenso informato prima della raccolta dei dati.

La prima intervista (Intervistata 1) si è svolta nel luglio 2024 con la Responsabile del reparto, psicologa-psicoterapeuta, mentre la seconda è stata condotta nel settembre dello stesso anno e ha visto intervistata la Coordinatrice infermieristica (Intervistata 2) dello stesso reparto.

Le due interviste sono state così strutturate: notizie anagrafiche generali dell'intervistata, qualche domanda sulla tecnica della DBT, si è successivamente indagata la figura dell'EP, il lavoro in équipe multiprofessionale e il possibile inserimento della figura dell'EP nell'équipe multiprofessionale DBT.

I dati sono stati analizzati attraverso un'analisi qualitativa del contenuto, utilizzando un approccio manuale 'carta e matita'. L'analisi si è concentrata sull'identificazione delle ricorrenze (temi o concetti che apparivano frequentemente) e delle rilevanze (elementi particolarmente significativi per il ruolo dell'educatore nell'équipe multiprofessionale). In Tabella 2 sono riassunte le risposte chiave fornite dalle due professioniste durante il colloquio-intervista.

Tabella 2: Il ruolo dell'EP nel contesto della DBT secondo le professioniste ascoltate

Domanda	Intervistata 1 Psicologa-psicoterapeuta	Intervistata 2 Coordinatrice infermiera
Efficacia della DBT	Dipende dall'aderenza del paziente. Ottimi risultati se ben padroneggiata.	Funziona, ma richiede consapevolezza e aderenza terapeutica da parte del paziente
Utilità dell'EP in reparto	Assolutamente sì. È in possesso di competenze aggiuntive rispetto all'infermiere.	Sì, per competenze profonde nella gestione del paziente.
Possibile ruolo dell'EP nella gestione della crisi e apprendimento delle skills DBT	Presenza più costante, valore nella relazione d'aiuto e gestione della crisi.	Figura di collegamento tra OSS e Infermiere. Supporto nella continuità del progetto di cura.

Risultati: Analisi qualitativa delle interviste - Ricorrenze e Rilevanze

Ad un'analisi dettagliata dei due parametri oggetto di analisi, si osserva quanto segue (in Tabella 3 sono riassunti i punti principali):

Ricorrenze:

1. La DBT viene costantemente menzionata come trattamento efficace per i disturbi di personalità.
2. Entrambe le intervistate sottolineano l'importanza dell'aderenza e della consapevolezza del paziente per il successo della terapia.
3. Le "skills" (abilità) sono un elemento ricorrente, considerato fondamentale nel trattamento.

4. Si nota una tendenza ad applicare la DBT a vari disturbi psichiatrici, oltre ai disturbi di personalità.
5. Viene evidenziato come la DBT sia un trattamento di lunga durata.

Rilevanze:

1. Il potenziale ruolo dell'EP emerge come un tema significativo, con entrambe le intervistate che vedono positivamente l'inclusione di questa figura professionale e le sue competenze specifiche educative.
2. La DBT viene descritta come una terapia strutturata e concreta, aspetto considerato un punto di forza.
3. Si evidenzia la necessità di un approccio integrato e multidisciplinare nella cura dei pazienti psichiatrici.
4. La continuità nel trattamento viene enfatizzata come un aspetto cruciale, in cui l'EP potrebbe giocare un ruolo importante.
5. Le competenze specifiche dell'EP, in particolare nell'utilizzo delle skills e nella gestione del paziente, sono considerate un valore aggiunto rispetto ad altre figure professionali.

Tabella 3: Principali Ricorrenze e Rilevanze individuate

RICORRENZE	DBT come trattamento per disturbi di personalità Importanza dell'aderenza e consapevolezza del paziente Utilizzo delle “skills” nella terapia Applicazione della DBT in vari disturbi psichiatrici Lungo periodo di trattamento
RILEVANZE	Ruolo potenziale dell'EP nel reparto psichiatrico DBT come terapia strutturata e concreta Necessità di un approccio integrato e multidisciplinare Importanza della continuità nel trattamento Competenze specifiche dell'EP nella gestione del paziente e nell'utilizzo delle “skills”

L'analisi supporta il potenziale valore dell'inclusione della figura dell'EP in un'équipe multidisciplinare per il trattamento del DBT. La natura intrinsecamente pedagogica dell'EP si inserisce in contesti di cura mirati a guidare, supportare e facilitare sviluppo e crescita dell'individuo. In particolare, nella DBT, l'EP potrebbe facilitare la trasmissione di conoscenze, abilità, strategie di cambiamento e accettazione del sé, diventando un ponte tra le fragilità della persona e la visione di una vita significativa, anche con la presenza della malattia. La specificità del contributo dell'EP comprende la riduzione dei comportamenti disfunzionali favorendo l'autodeterminazione, l'efficacia nelle relazioni interpersonali, l'autostima e lo sviluppo di competenze personali. Le competenze specifiche dell'EP potrebbero quindi colmare alcune lacune esistenti e contribuire a una maggiore efficacia e continuità del trattamento (Tabella 4).

Tabella 4: Intervista semi-strutturata: Ricorrenze e Rilevanze nell'analisi del ruolo dell'educatore nell'équipe multiprofessionale

Categoria	Ricorrenze	Rilevanze
DBT	Trattamento per i disturbi di personalità Utilizzo delle “skills”	Terapia strutturata e concreta Applicabile a vari disturbi psichiatrici

	Lungo periodo di trattamento	
Ruolo del paziente	Importanza dell'aderenza alla terapia Risposta del paziente al trattamento	Necessità di consapevolezza del paziente per il successo della terapia
Approccio terapeutico	Integrazione di diverse figure professionali	Necessità di un approccio integrato e multidisciplinare Importanza della continuità del trattamento
Ruolo dell'EP	Competenze aggiuntive rispetto ad altre figure professionali	Potenziale figura di supporto nella gestione della crisi Ruolo nella continuità del trattamento "patient engagement" Competenze specifiche nell'utilizzo delle skills Relazione educativa e educazione terapeutica volte a promuovere l'aderenza alle cure, l'alleanza terapeutica e la gestione della malattia (Illness Management).
Contesto ospedaliero	Reparto specializzato in disturbi psichiatrici Trattamento di diversi disturbi psichiatrici	Necessità di dividere gli interventi assistenziali Importanza di collegamento tra diverse figure professionali

Sulla base di quanto emerso dall'analisi del testo delle due interviste, si propone una nuova Matrice delle Responsabilità (Tabella 5), ove proporre una nuova definizione dei diversi ruoli delle figure professionali che potrebbero collaborare all'interno di un team interdisciplinare DBT (Robinson et al., 2018; Bobbo e Moretto, 2020).

Tabella 5: Matrice delle responsabilità

	Psicoterapia individuale	Training di Gruppo sulle abilità*	Coaching telefonico	Team di consultazione terapeutica
Psichiatra	x		x	x
Psicologo psicoterapeuta	x	x	x	x
Infermiere		x		x
EP		x		x
Psicologo Supervisore				x

* “skills training”

Discussione

Il DBP è un disturbo psichiatrico caratterizzato dalla presenza di emozioni intense, soggette a rapide fluttuazioni, spesso accompagnate da comportamenti autodistruttivi, ideazione suicidaria e difficoltà nella regolazione emotiva. La DBT si è dimostrata un trattamento efficace per questo disturbo così complesso e difficile da trattare. Essa prevede un approccio multidisciplinare che la stessa Linehan considera imprescindibile per promuovere l'efficacia del trattamento.

Costruire con il paziente le strategie più efficaci per affrontare “l'oceano borderline”¹, può, rappresentare una nuova chiave di lettura per comprendere il ruolo che un EP potrebbe assumere all'interno di un team DBT.

Dall'analisi delle interviste effettuate possiamo dire che la figura dell'EP potrebbe trovare una propria collocazione e peculiarità proprio in:

- Supporto alla regolazione emotiva nello scenario di vita quotidiana: aiutando il paziente a implementare strategie apprese in terapia.
- Sostegno alla socializzazione: facilitando attività che promuovono interazioni sane e la gestione e risoluzione dei conflitti.
- Intervento psicoeducativo: facilitando la comprensione dei principi della DBT e supportando il paziente nel consolidamento delle abilità.
- Mediazione tra il paziente e il contesto sociale: collaborando con la famiglia, con il contesto lavorativo e altri ambiti per favorire l'integrazione sociale.

È importante, per una corretta gestione e buona presa in carico del BDP, educare il paziente, informandolo sia sulla malattia, sul decorso, sui trattamenti possibili, sia aiutandolo ad individuare e prevedere i comportamenti a rischio (Gunderson et al., 2018).

La vasta applicabilità terapeutica della DBT indica il potenziale di questa terapia come approccio transdiagnostico nella gestione del DBP, ma anche delle diverse psicopatologie caratterizzate da disregolazione emotiva.

Dall'analisi di quanto emerso dalle due interviste possiamo provare a declinare la professionalità e le competenze dell'EP nel modello di trattamento della DBT, ipotizzando un coinvolgimento a diversi livelli e tramite diverse modalità di intervento. Il ruolo principale dell'EP lo vede impegnato ad intervenire per raggiungere il miglior benessere auspicabile per il paziente e la migliore qualità di vita, attraverso una serie di competenze educative specifiche che possono essere applicate in contesti medici e psicosociali (Fuga, 2021). L'EP è una figura che, nell'ambito delle professioni di aiuto, ha subito una significativa evoluzione, trasformandosi da generica figura ausiliaria alla professione medica ed infermieristica a professionista sanitario e sociale altamente specializzato (Traina, 2018). L'EP si occupa del positivo inserimento o reinserimento delle persone in difficoltà, attuando progetti educativi-abilitativi-riabilitativi basati su una relazione d'aiuto orientata al mantenimento e potenziamento delle capacità delle persone vulnerabili, portatrici di un disagio. Si occupa di attuare progetti educativi e riabilitativi basati sulla relazione educativa, di individuare obiettivi educativi e relazionali che mirino a migliorare la vita delle persone, il loro reinserimento sociale e favorire la loro autodeterminazione, riconoscendone risorse e bisogni. Questa evoluzione riflette una maggiore comprensione della natura pedagogica degli approcci psicosociali evidence-based, quale la DBT. Gli strumenti educativi declinabili nel trattamento dialettico, propri dell'EP, potrebbero comprendere: l'Engagement, uno strumento educativo che favorisce «il coinvolgimento del paziente come attore primario nella gestione

¹ Cancrini, L. (2006). *L'oceano borderline. Racconti di viaggi*. Milano: Raffaello Cortina Editore

della sua salute nella quotidianità» (Graffigna, 2020). La DBT richiede che il paziente sia consapevole e che partecipi attivamente al trattamento, con motivazione intrinseca. Attivare il processo di “patient engagement” è un punto di partenza fondamentale del progetto riabilitativo perché promuove l’aderenza terapeutica, aumenta i comportamenti preventivi del paziente, l’autogestione e migliora la soddisfazione personale rispetto al proprio percorso di cura (Graffigna, 2020). Il coinvolgimento del paziente dovrebbe mantenersi per l’intero percorso di cura, per un buon esito del percorso riabilitativo.

La teoria del Social Learning di Albert Bandura (1977) evidenzia l’importanza, per il paziente, di osservare e imitare i comportamenti e le reazioni adattive degli altri. La “pedagogia dell’esempio” o “modeling” (Bandura, 1969) è una tecnica educativa che favorisce l’apprendimento. L’EP può facilitare il processo di cambiamento nell’altro assumendo, nella quotidianità e con continuità, il ruolo di modello e mostrando il comportamento più appropriato da adottare in specifiche situazioni sociali e non.

Secondo la DBT, l’integrazione tra accettazione e cambiamento è fondamentale per un miglioramento: sarà funzionale sostituire, quindi, i comportamenti disfunzionali con altri più adattivi attraverso l’apprendimento di abilità di coping come la mindfulness, l’efficacia interpersonale, la regolazione delle emozioni e la tolleranza al disagio che, come afferma M. Linehan “aiutano il cliente a trovare un modo per trasformare una vita veramente infelice in una che sia degna di essere vissuta” (Linehan, 2021, p. 26), promuovendo così un processo di recovery centrato sulla persona.

Lo strumento educativo più rilevante per DBT è lo “skills training”: un programma strutturato che ha come obiettivo il rinforzo dei contenuti dei quattro moduli di formazione delle abilità, affinché i pazienti possano affrontare “un senso di sé instabile, relazioni caotiche, paura dell’abbandono, labilità emotiva e impulsività” (May et al., 2016). Attraverso il “social skills training” la DBT si pone, quindi, l’obiettivo di portare la persona ad avere una maggiore flessibilità mentale e una maggiore adattabilità alle sfide quotidiane (May et al., 2016), con lo scopo “di dare alle persone un mezzo per essere efficaci nel mondo in cui vivono, sia dal punto di vista relazionale sia pratico” (Linehan, 2021). L’EP potrebbe, dunque, contribuire a raggiungere gli obiettivi che la terapia dialettica anticipa, accompagnare i pazienti nella loro quotidianità, nella messa in pratica di queste abilità, nella gestione delle crisi attraverso le “skills” apprese, favorendo la messa in atto di ulteriori strategie di problem-solving e di adattamento. Fondamentale sarà, come rilevato dalle interviste, la continuità nel supportare e accompagnare il paziente in questo processo ed è proprio nell’ecologicità e nella costanza che si rileva la specificità della figura dell’EP:

L’Empowerment, strumento che permette all’EP di individuare le risorse e i bisogni del paziente, intervenendo in maniera tale da favorire la percezione di sentirsi in grado di agire con successo, di poter raggiungere i propri obiettivi, di partecipare attivamente alla vita sociale e lavorativa. I fattori determinanti dell’empowerment sono il raggiungimento del potere, di un ruolo attivo nella comunità, la capacità di provare legittima rabbia per le discriminazioni, l’aver ottimismo e controllo sul futuro ed infine, il raggiungimento di una buona stima di sé e buona auto-efficacia (Carozza, 2021). La DBT si propone di favorire un miglioramento dello stile di vita del paziente e l’EP può accompagnare la persona ad assumere un ruolo attivo nel trattamento e a collaborare con i curanti nell’individuazione dei propri punti di forza e delle proprie esigenze (Carozza, 2021).

Ultima, ma imprescindibile, è la Relazione Educativa, che costituisce il fondamento stesso dell’agire dell’EP: un processo intenzionale, dinamico, intersoggettivo, attraverso il quale costruire uno spazio condiviso di significato, orientato alla crescita personale, all’autonomia e alla costruzione del benessere della persona. La relazione educativa prevede la capacità dell’EP di ascoltare attivamente, di provare empatia nei confronti del paziente, della sua storia, delle sue difficoltà e di avere la consapevolezza di come agire professionalmente. Consente all’EP di creare relazioni significative basate sulla reciproca fiducia al fine di promuovere la crescita, la trasformazione, il cambiamento, favorendo la consapevolezza di sé e delle proprie difficoltà, così da poter accompagnare il paziente nella ricerca delle modalità per affrontarle (Disanto, 2009).

Si fa riferimento al processo di recovery della persona, sostenuto da trattamenti evidence-based come la DBT, all’interno di un approccio integrato che richiede disponibilità al cambiamento e formazione continua degli operatori (Carozza, 2023).

Conclusioni

La presente riflessione, ispirata dalla centralità della dignità della persona con sofferenza psichica, ha inteso approfondire il processo di cambiamento individuale che promuove la ricostruzione della fiducia in sé e negli altri, il rafforzamento dell'autoefficacia e una prospettiva di vita che trascende la patologia, sia essa fisica o mentale.

In tale contesto, si è analizzato il ruolo dell'Educatore professionale, figura ancora poco conosciuta in termini di competenze e ambiti di intervento, ma che ha vissuto una significativa evoluzione professionale. L'Educatore professionale oggi si configura come un esperto capace di operare nei contesti sociosanitari, definendo obiettivi educativi e relazionali orientati al miglioramento della qualità di vita, alla promozione dell'autodeterminazione e al reinserimento sociale della persona. Nel quadro della DBT, l'Educatore professionale può assumere un ruolo riabilitativo specifico, contribuendo alla progettazione e alla presa in carico educativa. Ciò evidenzia la necessità di un approccio integrato e interdisciplinare, fondato su competenze pedagogiche, psicologiche e sanitarie, in linea con i trattamenti psicosociali evidence-based. L'EP si configura, dunque, come una risorsa fondamentale nel percorso di riabilitazione psichiatrica centrato sulla persona, potenziando l'efficacia dei programmi terapeutici come la DBT attraverso un intervento educativo che sia ecologico e continuativo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: APA; (trad ita.) American Psychiatric Association. (1983). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (3ª ed.). Milano: Masson Italia Editori.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5ª ed.; G. Nicolò & E. Pompili, a cura di). Milano: Raffaello Cortina Editore
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. London: Holt.
- Bandura, A. (1977). *Teoria dell'apprendimento sociale*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bobbo, N., & Moretto, B. (2020). *La progettazione educativa in ambito sanitario e sociale*. Roma: Carocci.
- Cancrini, L. (2006). *L'oceano borderline. Racconti di viaggi*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Carozza P, (2023). L'approccio EB e i trattamenti psicosociali EB nella psichiatria di comunità: benefici, limiti e possibilità. *Rivista di Salute Mentale di Comunità*. Volume 26.
- Carozza, P. (2021). Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità. *JHCE in P*. 3(2):15-26. 10.14658/PUPJ-jhcep-2021-2-3
- Disanto, A. (2009). La costruzione della relazione educativa. *International Journal of Psychoanalysis and Education*, 3.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 41(4), 561-573 <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.06.004>
- Fuga, M. (2021). Professionisti della salute mentale a confronto: ruolo e competenze dell'educatore professionale, dell'infermiere e del tecnico della riabilitazione psichiatrica. *JHCEinP*. 3 (2):63-71
- Graffigna, G. (2020). Engagement del paziente, crescita della consapevolezza e miglioramento dell'assistenza. *Recenti Prog Med*. 111(11):678-681 doi 10.1701/3474.34573
- Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. (2018). Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 24(4):18029. doi: 10.1038/nrdp.2018.29. PMID: 29795363.
- Leichsenring, F., Kunst, L., Haller, B., & Leibling, E. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review. *World Psychiatry*. 23(1):146-167 doi: 10.1002/wps.21156. PMID: 38214629; PMCID: PMC10786009.

- Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, London: The Guilford Press.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 63(7):757-66. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Dec;64(12):1401. PMID: 16818865.
- Linehan, M. (2021). *Una vita degna di essere vissuta*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- May JM, Richardi TM, Barth KS. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Ment Health Clin*. 6(2):62-67. doi: 10.9740/mhc.2016.03.62. PMID: 29955449; PMCID: PMC6007584.
- Ritschel, L. A., Lim, N. E., & Stewart, L. M. (2015). Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American Journal of Psychotherapy*. 69(2):111-128. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.111>.
- Robinson S, Lang JE, Hernandez AM, Holz T, Cameron M, Brannon B. (2018). Outcomes of dialectical behavior therapy administered by an interdisciplinary team. *Arch Psychiatr Nurs*. 32(4):512-516. doi: 10.1016/j.apnu.2018.02.009. Epub 2018 Feb 16. PMID: 30029741.
- Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, Faltinsen E, Todorovac A, Sales CP, Callesen HE, Lieb K, Simonsen E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 5(5):CD012955. doi: 10.1002/14651858.CD012955.pub2. PMID: 32368793; PMCID: PMC7199382.
- Swales MA, Taylor B, Hibbs RA. (2012). Implementing Dialectical Behaviour Therapy: programme survival in routine healthcare settings. *J Ment Health*. 21(6):548-55. doi: 10.3109/09638237.2012.689435. Epub 2012 Sep 7. PMID: 22958107.
- Swenson, C. R., Witterholt, S., & Bohus, M. (2016). *Dialectical behavior therapy on inpatient units*. In M. A. Swales (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (pp. 839-859). Oxford University Press
- Traina, I. (2018). The pedagogical approach of guidance in higher education. In M. Gašević, N. Milikic, & J. Joksimović (Eds.). *New pedagogical studies in higher education* (pp. 23–41). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-98572-5_2.
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 310(20):2191-4. doi: 10.1001/jama.2013.281053. PMID: 24141714.