

Giulia Migliori
Università degli studi di Roma “La Sapienza”
Corso di Laurea Triennale in Servizio Sociale (CLaSS) L-39
Relatrice: Prof.ssa Maria Patrizia Favali
Correlatrice: Prof.ssa Caterina Lombardo

L’ASSISTENTE SOCIALE IN AMBITO PSICHIATRICO: RUOLO STRATEGICO NEL DISTURBO *BORDERLINE* DI PERSONALITÀ

L’elaborato ha l’obiettivo di analizzare il ruolo dell’assistente sociale (AS) nell’ambito della salute mentale, focalizzandosi in particolare sul Disturbo *Borderline* di Personalità (BPD). L’AS si inserisce in questo delicato contesto in qualità di professionista che contribuisce al raggiungimento dello stato di salute inteso dall’Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS), come “*completo benessere, fisico, mentale e sociale*”.

1. Il percorso storico-normativo della salute mentale

In prima analisi si presenta un breve *excursus* storico circa le leggi fondamentali che hanno segnato la storia della salute mentale.

- Legge 14 febbraio 1904, n.36, “*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*”, nota come Legge Giolitti: definisce il legame tra il fattore sociale e la psichiatria, a tal punto che vengono internati non solo persone con psicopatologia, ma anche chiunque potesse disturbare l’equilibrio della società (Ianni, 2019).

- Legge 18 marzo 1968, n.431, “*Provvidenze per l’assistenza psichiatrica*”, nota come Legge Mariotti, a cui segue il d.p.r. n. 128/1969 “*Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*”. Si introducono i Centri di Igiene Mentale (CIM) come servizio comunitario; si definisce un numero massimo di posti letto in ciascuna struttura; aumentano le figure professionali specificatamente formate e si integra l’équipe operante nei CIM con psicologi, assistenti sanitari e AS, questi ultimi introdotti nel 1972, poiché prima presenti solo negli Ospedali Psichiatrici (O.P.); si consente il ricovero volontario in O.P. senza la perdita dei diritti civili; viene abrogato l’art.604 del Codice di Procedura Penale relativa all’iscrizione al casellario giudiziario dei provvedimenti di ricovero in manicomio (Melani, 2014).

- Legge 13 maggio 1978, n.180, “*Sugli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*”, nota come Legge Basaglia. Si mira a capovolgere il principio secondo cui l’internamento della persona è il trattamento adeguato alla malattia psichiatrica (Lentini, 2019). La chiusura completa dei manicomi si conclude solo tra il 1994 e il 1999. La Legge 180/78 di fatto, è durata solo pochi mesi: il 23 dicembre dello stesso anno è confluita negli art. 33-35 della Legge 833/78 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con cui si introducono, presso le Unità Sanitaria Locale (USL), servizi dipartimentali per la tutela della salute mentale con funzioni di prevenzione, diagnosi e riabilitazione, dotati di équipe multidisciplinari (Marini, 2015).

2. I disturbi di personalità: focus sul disturbo *borderline* di personalità

La psicopatologia è “*una sindrome caratterizzata da un’alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione emotiva o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale*” (APA, 2013, p.22). Sono state individuate tre caratteristiche fondamentali per definire il disturbo mentale: *distress* personale (profondo malessere individuale che la persona prova in conseguenza al disturbo), violazione di norme sociali, disabilità (compromissione di aree importanti della vita dell’individuo) e disfunzione (alterazione dei processi evolutivi, psicologici e biologici) (Kring, Johnson, 2023).

Il presente elaborato mira ad approfondire il BPD, che rientra tra i Disturbi di Personalità (DDP). “*Si definiscono “tratti di personalità” pattern costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell’ambiente e di sé stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali*” (APA, 2013, p.749). Si parla di DDP quando tali tratti diventano così pronunciati e disadattivi da compromettere il funzionamento di una serie di aree come quella cognitiva, affettiva, sociale.

I DDP sono disturbi ego-sintonici, termine che indica un insieme di sintomi che la persona percepisce in sintonia con il proprio Io ed i suoi bisogni; per questo, non si rende conto del disturbo di cui soffre realmente poiché è come se esso fosse parte integrante della sua identità (Hart *et al.*, 2018). A causa di ciò, a differenza

di quanto accade per altri disturbi mentali, queste persone quando chiedono aiuto, raramente alludono alle manifestazioni del reale disturbo di cui soffrono e pertanto, all'inizio del percorso terapeutico, i professionisti devono aiutare la persona a prendere anzitutto consapevolezza che sono i suoi tratti di personalità ad essere disfunzionali e fonte del malessere (Zimmerman, 2021).

Il DSM-5 identifica dieci tipologie di DDP, suddivisi in tre *cluster*.

1. *Cluster A (Odd cluster)*: caratterizzato da comportamenti eccentrici, diffidenza e tendenza all'isolamento. Comprende i disturbi di personalità: paranoide, schizoide, schizotipica.

2. *Cluster B (Dramatic cluster)*: caratterizzato da comportamenti drammatici e dalla forte emotività, egocentrismo e scarsa empatia. Comprende i disturbi di personalità: narcisistica, antisociale, *borderline*, istrionico.

3. *Cluster C (Anxious cluster)*: caratterizzato da comportamenti ansiosi e da scarsa autostima. Comprende i disturbi di personalità: evitante, dipendente, ossessivo-compulsiva (APA, 2013).

Si evidenzia come le persone che soffrono di alcune tipologie di DDP, ricorrono frequentemente ai servizi psichiatrici. Le persone con BPD (*cluster B*) rappresentano circa il 10% dei pazienti ambulatoriali di salute mentale e il 10% delle persone con questa diagnosi muore per suicidio (Fonargy, 2007).

Il DSM-5 identifica nove criteri (è necessario rispettarne almeno cinque per diagnosticare la psicopatologia in oggetto):

- 1: sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono
- 2: *pattern* di relazioni interpersonali instabili e intense, con alternanza tra iperidealizzazione e svalutazione
- 3: alterazioni dell'identità: percezioni di sé persistentemente instabili
- 4: impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose (es. rapporti sessuali promiscui, abuso di sostanze/alcool, abbuffate)
- 5: ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari/automutilanti
- 6: instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore
- 7: sentimenti cronici di vuoto
- 8: rabbia inappropriata e/o difficoltà a controllarla
- 9: ideazione paranoide transitoria associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi

Uno degli obiettivi delle ricerche, è quello di individuare, fin dalla prima età, i principali fattori di rischio per lo sviluppo del BPD, in modo da attuare un accurato programma di prevenzione (Beeney *et al.*, 2021). Tra questi fattori rientrano: psicopatologia dei genitori, eventi traumatici vissuti durante l'infanzia (es. abuso, abbandono, negligenza dei *caregiver*), affettività negativa e impulsività del bambino (Stepp *et al.*, 2016). In particolare uno stile genitoriale punitivo, caratterizzato da punizioni severe e/o corporali, insulti e urla, è in forte associazione con lo sviluppo del BPD, soprattutto se è già presente un precoce *deficit* di regolazione emotiva nel bambino (Beeney *et al.*, 2021).

Le persone con BPD, affrontano la sofferenza emotiva tramite impulsività, identificando in essa il mezzo di autodifesa più consono per esprimere rabbia e frustrazione. Aver subito traumi di consistente portata, può comportare nei pazienti con BPD un sistema nervoso centrale costantemente "in allarme", pronto a reagire in modo immediato ed eccessivo di fronte a minacce reali o immaginarie (Manna *et al.*, 2004).

Di fronte a persone con questo disturbo, oltre ad alleggerire la gravità dei sintomi, è opportuno mettere in atto un intervento psicosociale che incoraggi le relazioni interpersonali, promuovendo continuità e successo lavorativo (Giberti, Rossi, 2007).

3. L'assistente sociale nel percorso di *recovery*: ruolo, contributo alla lotta allo stigma, rischi professionali

Il servizio sociale nell'ambito della salute mentale si definisce come "*il complesso di azioni professionali specifiche che, all'interno di programmi indirizzati al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione di persone/gruppi sofferenti di disturbi psichici, concorrono ai progetti globali di salute individuali e collettivi, [...] oltre ad assumere un rilevante impegno nella promozione della cultura dell'inclusione e accoglienza della diversità*" (Spisni in Campanini, 2013, p.635). L'AS riveste un ruolo centrale nel percorso di *recovery*. Gli interventi sono rivolti a tre dimensioni: l'individuo, inteso sia come singolo che la famiglia; l'organizzazione, ovvero il servizio d'appartenenza del lavoratore, rispettandone il mandato istituzionale; la comunità (Cellini, Dellavalle, 2015). "*Un intervento riabilitativo, affinché sia efficace, richiede cambiamenti sia nell'individuo sia nella comunità, la quale deve favorire il conseguimento*

degli obiettivi riabilitativi fornendo supporti e le risorse necessari perché gli utenti raggiungano una vita indipendente" (Carozza, 2006, p.54).

Nello specifico nell'ambito psichiatrico, è oggettiva la necessità di un lavoro multidisciplinare che coinvolge diversi esperti come lo psicologo e lo psichiatra, i quali, insieme all'AS, ognuno secondo le proprie competenze, provvedono ad elaborare un Progetto Terapeutico-riabilitativo Individualizzato (P.T.I.). Lo scopo è individuare l'insieme di interventi terapeutici-riabilitativi più adatti al bisogno specifico della persona, aiutandola ad affrontare il suo disagio sotto tutti i punti di vista e ricordando sempre che anche a parità di diagnosi, ogni persona è profondamente diversa (Pacini, 2019).

A concretizzare il P.T.I. si accosta lo strumento del contratto terapeutico (CT); esso è un punto di riferimento per l'utente e la sua équipe curante, nonché forma di alleanza tra i contraenti e fondamentale per la relazione di fiducia che si auspica si instauri tra questi (Cellini, Dellavalle, 2015). Una ricerca effettuata presso il CSM di Forlì (Pacetti, Ravani, 2013) ha evidenziato come la stesura del CT rappresenti un elemento motivazionale alla continuità terapeutica, scoraggiando l'abbandono dei servizi, scelta frequente nelle persone che soffrono di BPD a causa dell'impulsività e l'instabilità relazionale che li caratterizza.

Il ruolo principale dell'AS è quello di sostenere la persona in un percorso di riabilitazione psicosociale dove *"con riabilitazione si intende un processo che ha come obiettivi quelli di identificare, prevenire e ridurre le cause dell'inabilità e nello stesso tempo aiutare la persona a sviluppare e usare le proprie risorse e capacità in modo da acquisire più fiducia in sé stessa e aumentare il livello di autostima, facendo leva su ciò che vi è di sano e non sulla patologia"* (Ba, 2003, p.21).

Il supporto nel percorso di formazione e inserimento lavorativo rientra nelle azioni di riabilitazione psicosociale che svolge l'AS psichiatrico. È frequente che una persona con grave fragilità psichiatrica sperimenti periodi di ritiro sociale nonché allontanamento dall'ambiente lavorativo o difficoltà di inserimento (Rosina, 2016). Le persone che soffrono di BPD, presentano spesso una storia lavorativa irregolare caratterizzata da conflitti relazionali con colleghi/superiori, procrastinazione e reiterato assenteismo, che comporta la perdita di lavoro nonché frequenti cambiamenti della carriera lavorativa. Nella ricerca effettuata da Dahl *et al.* (2017), il lavoro emerge come fonte di successo personale, che consente di sentirsi parte attiva della comunità; risulta dunque fondamentale includere l'inserimento lavorativo tra gli obiettivi del P.T.I.. L'AS può inoltre fornire sostegno assumendo il ruolo di mediatore per poter creare un'alleanza di lavoro proficua tra la persona con BPD e coloro presenti sul luogo di lavoro.

Quando una persona soffre di una psicopatologia, le conseguenze negative ricadono anche su chi la circonda. Per questo motivo l'AS interviene altresì sui *caregiver* della persona, al fine di supportare la rete primaria nella comprensione del disagio mentale. Può essere inoltre necessario sostenere la famiglia nella ricerca di una struttura adeguata in cui la persona possa risiedere qualora fosse necessario un allontanamento dall'abitazione, aiutando a mantenere il più possibile i rapporti familiari anche successivamente alla collocazione (Rosina, 2016).

Resta sempre di primaria importanza garantire l'emancipazione della persona dall'assistenza ricevuta dai servizi, cercando di non rendere questi i suoi unici punti di riferimento. Si tratta pertanto di identificare le risorse non solo dell'individuo ma anche del tessuto sociale circostante, in modo da creare una variegata e costante rete di supporto (Sanicola, 1997).

Numerose evidenze dimostrano che le persone con vulnerabilità psichiatrica non soffrono solo per la psicopatologia in sé, ma anche per le conseguenze sociali che il disturbo mentale comporta e che si manifestano sottoforma di discriminazione, pregiudizio, più in generale sottoforma di stigma (Lasalvia, Tansella, 2008). In riferimento al disagio mentale, la stigmatizzazione comporta conseguenze che influiscono sul benessere generale di un individuo già di per sé fragile. Il grado di stigma varia in base al tipo di disturbo: si è notato un livello maggiore verso quelle psicopatologie etichettate dalla società come "pericolose e imprevedibili", tra cui rientra il BPD (Padovani, 2021).

La ripercussione più grave dell'etichetta è il cosiddetto "*label avoidance*"¹ che genera l'astensione alla cura (Lasalvia, 2022), a cui segue "l'auto-stigma": un insieme di stati d'animo della persona con psicopatologia che presenta difficoltà ad ammettere anzitutto a sé stessa di avere un problema psicologico e a cui può conseguire

1 Termine anglosassone traducibile come "evitamento dell'etichetta"

un'auto-esclusione da ogni ambiente sociale poiché non si considera in grado di viverlo adeguatamente (Lasalvia, Tansella, 2008).

Tra i tipi di stigma si riconosce anche quello dei professionisti socio-sanitari. Si riferisce all'insieme di stereotipi, attitudini negative e comportamenti inconsci o consapevoli, messi in atto dai professionisti dell'aiuto, che sono spesso vittime degli stereotipi tanto quanto la popolazione generale (Lasalvia, 2022). A tal proposito, le ricerche evidenziano come le persone con BPD siano identificate tra i pazienti più difficili da trattare. Questo comporta la messa in atto del processo di "alienazione maligna" che consiste nell'interruzione della relazione terapeutica a causa del rifiuto dell'utente da parte del professionista. Questa condotta deriva dalla paura dell'operatore verso i comportamenti manipolativi tipici delle persone con BPD. Ciò è vissuto da quest'ultime come atteggiamento espulsivo e discriminatorio comportando un peggioramento sintomatico. Si tratta di un ciclo di profezie che si autoavverano poiché il professionista tende ad avere preconcetti che influenzano l'interazione con questo tipo di *target*; a loro volta le persone BPD risponderanno alle azioni dello specialista con comportamenti che inconsapevolmente confermeranno quanto ipotizzato precedentemente (Markham, 2003; Kealy, Ogrodniczuk, 2010). Ciò comporta spesso l'interruzione precoce del trattamento e lo sperimentare ripetutamente nuovi curanti, farmaci e servizi; questa forma di instabilità costante diventa essa stessa fonte di stigma (Aviram *et al.*, 2006).

Per cercare di abbattere quanto più lo stigma pubblico, sono state identificate delle strategie tra cui:

- interventi informativi: diffusione di informazioni scientificamente corrette per ridurre le credenze stereotipate;
- contatto diretto: favorire l'incontro tra la popolazione generale e chi soffre/ha sofferto di disagio mentale;
- interventi di protesta: iniziative per contestare contenuti informativi potenzialmente stigmatizzanti (come nelle pubblicità commerciali o sui *social media*) (Lasalvia, 2022).

Nella lotta allo stigma, l'AS gioca un ruolo imprescindibile grazie alla sua formazione e consapevolezza delle disuguaglianze. La funzione di *advocacy*, ovvero dar voce ai diritti delle fasce più deboli, permette di entrare professionalmente in azione per sostenere chi rimane in disparte nel tessuto sociale. Si presta attenzione a tutti i determinanti della salute che possono influire sul peggioramento delle condizioni di disagio mentale e si attivano progetti intersettoriali, che favoriscano sentimenti di appartenenza ed interazione nei diversi contesti di vita quotidiana (CNOAS, 2021).

Chi presta professionalmente aiuto agli altri, crea relazioni basate su emozioni ed empatia. Per empatia, si intende "*la capacità di comprendere lo stato d'animo e la situazione emotiva di un'altra persona, [...] comprendere immediatamente i processi psichici dell'altro talvolta senza far ricorso alla comunicazione verbale*" (Enciclopedia Treccani, 1999).

Il contatto continuo con la sofferenza altrui, può comportare nell'operatore due reazioni: immedesimazione o identificazione. La prima intende il processo tramite cui una persona si trasferisce idealmente nei vissuti dell'altra, cercando di prestare sostegno; la seconda si riferisce all'assimilazione dello stato di sofferenza prossimo a quello dell'utente che causa un'alterazione disfunzionale del ruolo di professionista (Asioli, 2022). È comune pensare sia necessaria la "gestione delle emozioni" che comporta una repressione e negazione delle stesse; il rischio è che il professionista, vista la mancata elaborazione emotiva, sia poi invaso dalle proprie emozioni e metta in atto risposte stereotipate o superficiali. È dunque necessario il processo di "riflessione sulle emozioni": ascolto e conoscenza di sé stessi, esternazione e osservazione delle proprie sensazioni, sono i comportamenti adeguati per poter gestire eventuali risonanze interiori e poter sfruttare le emozioni come risorsa nel percorso professionale (Sicora, 2010). "*Per i professionisti apprendere la capacità di limitare il rispecchiamento (totale) nel dolore dell'altro è importante quanto essere capaci di immedesimarsi nelle sue condizioni e nel suo vissuto.*" (Asioli, 2022).

Data la continua esposizione dell'AS alla vulnerabilità e sofferenza altrui, sarebbe auspicabile, per poter svolgere al meglio il proprio lavoro, lo sviluppo di resilienza ed intelligenza emotiva. Quest'ultima si può definire come capacità di identificare, comprendere ed esprimere le proprie emozioni in modo funzionale; comporta l'essere in grado di motivare sé stessi, perseverare di fronte alle frustrazioni e impedire all'angoscia di sopraffare sulla capacità di pensare (Herland, 2021).

Per resilienza si fa invece riferimento a due componenti chiave: l'esperienza delle avversità e l'adattamento positivo in risposta a queste. Le persone resilienti sono in grado di tollerare situazioni difficili e stressanti, e

di acquisire forza dalle stesse (Cleveland *et al.*, 2019). Sono stati individuati fattori di protezione per lo sviluppo di riflessività; tra questi si riconosce la supervisione professionale, che nel servizio sociale si può definire come “*processo di accompagnamento e guida condotto da un esperto il cui obiettivo è quello di muovere sollecitazioni di varia natura [...] per promuovere un miglioramento nella consapevolezza dell’essere e nell’appropriatezza dell’agire*” (Burgalassi, Tilli, 2018, p. 106).

Data la complessità delle emozioni, i dilemmi emotivi che si riscontrano nel lavoro, dovrebbero essere oggetto di discussione nelle riunioni d’équipe e negli spazi di *counseling* ma si tratta ancora di una realtà fortemente sottovalutata (Herland, 2021).

Lavorare nel sociale comporta spesso sovraccarico di lavoro, mancanza di tempo e ambiente frenetico, fattori che possono condurre ad uno stress acuto e che ostacolano il percorso di riflessione. Il *burn-out* è una caratteristica particolarmente grave dello stress cronico; è una sindrome multifattoriale che presenta tre dimensioni chiave: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e inefficienza lavorativa. È spesso associata a sintomi psicosomatici (Lloyd *et al.*, 2002; Kring, Johnson, 2023). Gli autori affermano come anche il modo in cui gli altri percepiscono il lavoro sociale, è fonte di stress per gli AS. In particolare è emerso come gli AS che lavorano nel campo della salute mentale, si sentono spesso frustrati poiché il loro ruolo è frainteso, non riconosciuto e non adeguatamente valutato dagli altri colleghi (Lloyd *et al.*, 2002).

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (APA), Biondi M. (edizione italiana a cura di) (2013), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano: Raffaello Cortina Editore
- Asioli F. (2022), *La capacità di aiutare gli altri: tra compassione e distacco* in I luoghi della Cura online, No.1
- Aviram R. B. *et al.* (2006), *Borderline personality disorder, stigma, and treatment implication* in Harvard Review of Psychiatry, Vol. 14, No. 5, pp.249-256
- Ba G. (2003), *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Milano: FrancoAngeli
- Beeney *et al.* (2021), *Determining the key childhood and adolescent risk factors for future BPD symptoms using regularized regression : comparison to depression and conduct disorder* in Journal of Child Psychology & Psychiatry, Vol. 62 Issue 2, pp.223-231
- Burgalassi M, Tilli C. (2018), *La supervisione professionale nel servizio sociale: gli elementi definitori della questione e una ricognizione sulla situazione italiana* in Autonomie locali e servizi sociali, fascicolo 1, pp. 105-121. Bologna: Il Mulino
- Carozza P. (2006), *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. Milano: FrancoAngeli
- Cellini G., Dellavalle M. (2015), *Il processo d’aiuto del servizio sociale*. Torino: Giappichelli
- CNOAS (2021), *Salute mentale: abbattere il muro di silenzio, sconfiggere stigma sociale*
- Dahl K. *et al.* (2017), *Work participation of individuals with borderline personality disorder: a multiple case study* in Journal of Vocational Rehabilitation 46, pp.377-388
- Fonargy P. (2007), *Personality Disorder* in Journal of Mental Health, 16. London (UK)
- Giberti F., Rossi R. (2007), *Manuale di psichiatria -VI edizione*. Padova: Piccin
- Hart W. *et al.* (2018), *Are personality disorder traits ego-syntonic or ego-dystonic? Revisiting the issue by considering functionality* in Journal of Research in Personality, 76, pp.124-128
- Herland D. M. (2021), *Emotional intelligence as a part of critical reflection in social work practice and research* in Sage Journal, Vol. 21, Issue 4
- Ianni P. (2019), *Cenni storici: dalla legge Giolitti alla legge Basaglia. Intervento al convegno “40 anni dopo: riflessioni sulla legge 13 maggio 1978, n.180”* in Nomos. Le attualità nel diritto, 2. Milano: Giuffrè Editore
- Kealy D., Ogrodniczuk J. S. (2010), *Marginalization of Borderline Personality Disorder* in Journal of Psychiatric Practice, Vol. 16, No.3, pp.145-154
- Kring A. M., Johnson S. L. (2023), *Psicologia clinica*. Bologna: Zanichelli
- Lasalvia A., Tansella M. (2008), *Combattere la discriminazione e lo stigma verso le persone con disturbi mentali* in Epidemiologia e Psichiatria Sociale, No.17
- Lasalvia A. (2022), *Lo stigma dei disturbi mentali. Guida agli interventi basati sulle evidenze*. Roma: Giovanni Fioriti Editore

- Lentini S. (2019), *Il Sessantotto. La battaglia contro le istituzioni e la psichiatria "etico-pedagogica" di Franco Basaglia* in Studi sulla Formazione, Vol. 22, No. 2, pp.311-324
- Lloyd C. et al. (2002) *Social work, stress and burnout: A review* in Journal of Mental Health, pp.255-265
- Manna V. et al. (2004) *Fattori eziopatogenetici del disturbo borderline di personalità* in Journal of psychopathology, Issue 1. Roma
- Marini V. (2015), *Storia e disciplina giuridica delle malattie mentali in Italia. Manicomi, T.S.O, Legge Basaglia e i cambiamenti culturali in Italia*
- Markham D. (2003), *Attitude towards patients with a diagnosis of "borderline personality disorder": social rejection and dangerousness* in Journal of Mental Health, pp.595-612
- Melani G. (2014), *Capitolo III. La riforma del manicomio e la nascita dell'OPG* in La Rivista di ADIR
- Pacetti M., Ravani C. (2013) *Con...trattare i DGP. Esperienza di utilizzo del Contratto Terapeutico presso il CSM di Forlì* in Sestante, No.3, pp.20-23
- Pacini P. A. (2019), *Gestione comunitaria integrata in rete del paziente con disagio psichico* in Quaderni di Medicina e Chirurgia, Pacini Editore
- Padovani M. (2021), *Stigma verso i disturbi mentali: quali effetti?* in State of Mind – il giornale delle Scienze Psicologiche
- Rosina B. (2016) *Servizio Sociale e Salute Mentale* in Campanini A. (a cura di), *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*. Torino: Carocci Faber
- Sanicola L. (a cura di) (1997), *La salute mentale e il servizio sociale*. Napoli: Liguori Editore
- Sicora A. (2010), *Emozioni nel servizio sociale*. Roma: Carocci Editore
- Spisni A. (2013), voce "*Servizio sociale e Salute mentale*" in Campanini A., *Nuovo dizionario di Servizio Sociale*, pp.634-638. Roma: Carocci Faber
- Stepp S. D. et al. (2016), *A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: taking stock and moving forward* in Personality disorders: theory, research and treatment, Vol. 7, pp.316-323
- Zimmerman M. (revisionato nel maggio 2021), *Panoramica sui disturbi di personalità*