

Differenze di genere e basso funzionamento nei pazienti maschi con Disturbo Borderline di Personalità: un'esperienza svedese.

Un incontro informale con il Dr. Dan Wetterborg - Divisione di Psicologia, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Karolinska Institute, Stoccolma.

----- 20 Febbraio 2022

Domanda: Abbiamo chiesto al Dr. Wetterborg di iniziare a parlarci della sua esperienza sul campo, a Stoccolma, con pazienti maschi con Disturbo Borderline di Personalità (DBP) e delle relative sfide della Terapia Dialettica Comportamentale (DBT).

Risposta: Ho iniziato a lavorare come psicologo clinico presso l'Istituto Karolinska di Stoccolma nel 2006, dove ho lavorato per un anno per ottenere la mia abilitazione alla pratica clinica; ho avuto l'opportunità di imparare la DBT e insieme ad alcuni colleghi ho messo insieme un team e ho iniziato a fare DBT in clinica. Negli anni successivi (2007-2008), io e i miei amici psicologi inesperti stavamo imparando la DBT e cercando di fare del nostro meglio, e per lo più avevamo le tradizionali pazienti borderline femmine che di solito vediamo nelle nostre cliniche; di tanto in tanto, arrivava un uomo e ci chiedevamo: "Possiamo includere questa persona nei nostri gruppi di skills training, composti per lo più da donne?". Di tanto in tanto, a me e agli altri miei colleghi maschi della clinica (in questo team DBT eravamo solo in quattro) venivano indirizzati pazienti maschi, semplicemente perché eravamo terapeuti maschi: nessuno credeva davvero che questi uomini sarebbero arrivati ad essere adatti alla terapia, ma non sapevano proprio che cosa fare di loro. Avevo 26 anni e mi dicevano: "Quest'uomo ha bisogno di un modello maschile, ti chiediamo solo di vederlo e di fare quello che puoi!".

Tutti questi uomini avevano in comune il fatto di essere emotivamente molto instabili, erano molto impulsivi, avevano relazioni caotiche e facevano continuamente cose pericolose, verso se stessi e verso gli altri, e spesso si presentavano al Pronto Soccorso, ad esempio per aver distrutto a pugni una finestra di vetro durante una lite con la loro partner. Eravamo nuovi nella DBT, ma vedevamo continuamente pazienti borderline e ovviamente abbiamo visto i tipici problemi del DBP anche in questi uomini, e abbiamo iniziato a pensare: "Perché offriamo alle donne questa terapia evidence-based, lunga e intensa, mentre per questi uomini non abbiamo nulla?". Quindi ci siamo detti: "Facciamo uno studio pilota, proviamo a offrire loro esattamente lo stesso trattamento, ma forniamo loro lo skills training separatamente: un gruppo di soli uomini".

La prima domanda è stata: "Riusciamo trovare 7 o 8 uomini con questi problemi, che siano interessati a fare DBT?" La domanda successiva era: "Riusciremo a trattarli? Possiamo metterli in un gruppo insieme o faranno a pezzi la stanza?" e in terzo luogo: "Rimarranno in terapia?" e poi, naturalmente: "Miglioreranno?"

Abbiamo pensato che l'idea migliore fosse semplicemente quella di provare. Molte persone ci dicevano: "Questi ragazzi non sono interessati al trattamento, non riuscirete mai a farli rimanere in DBT", ma abbiamo sempre risposto: "Io stesso abbandonerei la terapia, se mi venisse offerto quello che attualmente offriamo agli uomini qui!". Noi non faremmo mai la stessa proposta a una paziente con DBP di sesso femminile, con tendenze suicide: le daremmo una delle terapie evidence-based, mitologicamente solide, mentre quello che abbiamo offerto a questi ragazzi è solo un incontro con qualcuno più o meno una volta al mese, e ovviamente hanno abbandonato, perché non lo percepivano come veramente utile. Avevano bisogno di più. Quindi, questa è stata l'idea chiave: proviamo a offrire loro le terapie all'avanguardia che daremmo alle donne, ma in un ambiente dedicato, e poi vediamo se rimangono in trattamento.

Così abbiamo provato con 8 pazienti: dopo sei mesi, 7 di loro erano disponibili a continuare per altri sei mesi; abbiamo raccolto alcuni dati e tutti sembravano aver avuto miglioramenti dal trattamento. Poi, naturalmente, abbiamo iniziato a cercare altre strutture in Svezia che avessero provato questo approccio, ed è stato allora che

abbiamo scoperto che nessuno aveva mai pensato di fare effettivamente qualche ricerca su questo tema: è nata l'idea che è diventata la mia tesi di dottorato e si è conclusa con uno studio clinico più ampio, in cui abbiamo incluso 30 uomini con DBP. Il 75% dei partecipanti allo studio aveva anche un disturbo antisociale di personalità e 2/3 avevano problemi di abuso di sostanze, quindi era davvero un gruppo sfidante! Abbiamo erogato loro la DBT per un anno; non avevamo un gruppo di controllo, ma raccoglievamo ripetutamente indicatori sia dai pazienti sia dai loro familiari (madi, sorelle, partner) e i risultati sono stati incoraggianti e promettenti. Ancora una volta, abbiamo visto che una percentuale piuttosto rilevante ha effettivamente seguito l'intero anno di trattamento.

Ogni volta che ne parlo con altri terapisti DBT, dicono sempre: "Fantastico, quello che state facendo è ottimo! Finalmente qualcuno fa qualcosa per questo gruppo!" e io dico sempre la stessa cosa: "Perché non iniziate anche voi domani?". La risposta è sempre: "Perché noi non abbiamo questi uomini nella nostra clinica!". Quindi il primo mito che abbiamo sfatato è stata l'idea che questi pazienti non esistano nelle cliniche psichiatriche: esistono eccome! Questi uomini sono all'interno dei servizi psichiatrici, ma i medici non li vedono come pazienti borderline e non li vedono come pazienti adatti alla terapia.

Il secondo mito era il drop-out, l'abbandono della terapia: non abbiamo evidenza che gli uomini abbiano un tasso di abbandono più alto, i pazienti nei nostri servizi psichiatrici sono rimasti in DBT. Molti dei nostri pazienti di sesso maschile riferiscono che il gruppo, e la validazione che ne deriva, è essenziale: non penso che ne riusciremmo a tenerne così tanti in DBT se li includessimo nei nostri gruppi di skills training standard, con una maggioranza di donne.

E – in terzo luogo – l'hanno adorato! Questo è stato importante, perché molte persone ci hanno detto: "Devi adattare il trattamento a questi uomini, questi maschi tosti con i tatuaggi sulle nocche non apprezzeranno una terapia esplicitamente nata per le donne". Ci siamo detti: "No, lo faremmo nel modo in cui è stato dimostrato che funziona e, inoltre, non vogliamo far parte di un ambiente invalidante, che suggerisce a questi uomini che sono diversi perché sono duri, poiché crediamo che questa discriminazione sia in realtà parte del problema".

Non sarebbe molto utile avere un trattamento che andasse bene per i partecipanti se non piacesse ai terapeuti; il quarto punto interessante dello studio è stato che i terapeuti coinvolti hanno detto che a loro piace fare DBT per gli uomini e continuano a farla. All'inizio eravamo solo io e il mio collega, e ora l'intera squadra comprende almeno sette o otto dei miei colleghi qui, e alcuni altri sono stati coinvolti esternamente. A tutti loro piace lavorare con i pazienti maschi, e questo è importante, perché c'è un altro mito da sfatare su questi pazienti: che provocano il burn-out nei terapeuti.

Gli uomini hanno riferito di essere diventati meno aggressivi, meno trasgressivi delle regole, meno autolesionisti e di avere meno comportamenti suicidi e meno sintomi depressivi; quindi sembrerebbe che loro stessi abbiano trovato utile il trattamento, e anche i loro parenti hanno confermato che i loro congiunti sono diventati meno aggressivi e hanno meno problemi comportamentali. Quindi sembrerebbe che non esista un trattamento meglio supportato dall'evidenza della DBT, sia per gli uomini sia per le donne.

Nel 2016 lo studio era finito, e abbiamo continuato a fare DBT come parte della nostra pratica clinica, qui dove lavoro oggi: abbiamo ancora oggi un gruppo di skills training di soli uomini, e alcuni di questi pazienti hanno sia problemi di tipo DBP, sia problemi di violenza, criminalità e abuso di sostanze.

"Questi pazienti esistono, ma i clinici non li vedono come pazienti con DBP compatibili con la terapia"

"Io stesso abbandonerei la terapia, se mi venisse offerto ciò che attualmente offriamo ai pazienti maschi"

Domanda: avete anche provato a combinare maschi e femmine in qualche gruppo?

Risposta: la maggior parte delle équipes in Svezia lo fanno come parte della loro normale pratica clinica, in genere hanno percorsi di formazione con donne in grande maggioranza, e poi forse un maschio ogni tanto, in un gruppo di sole donne; ma gli uomini che riescono a trovare la loro collocazione in quei team DBT, sono descritti dai medici come "non un paziente di sesso femminile, ma abbastanza vicino", sono molto vicini allo stereotipo femminile.

Qui abbiamo un team DBT piuttosto grande, abbiamo 4 o 5 gruppi di skills training con principalmente donne e poi abbiamo questo gruppo di soli uomini, quindi possiamo fare confronti. Quello che vediamo è che gli uomini sono più avanti con l'età: l'età media nel nostro studio era di 35 anni e se si esaminano studi con pazienti di sesso femminile, in genere sono almeno 10 anni più giovani.

Domanda: come spiega queste differenze di età? È probabile che il disturbo sia iniziato per entrambi i gruppi nella tarda adolescenza, ma gli uomini siano arrivati in contatto con i servizi più tardi delle donne?

Risposta: esatto, anche se naturalmente abbiamo delle eccezioni: la persona più giovane che abbiamo avuto nello studio aveva 19 anni, la più anziana ne aveva 55, quindi il divario è grande, ma la mia esperienza è che in media gli uomini hanno sofferto del disturbo per un tempo più lungo rispetto alle donne prima di arrivare in terapia. Penso che questo sia in parte dovuto alla parte antisociale: purtroppo, hanno bisogno di qualche anno in più di tutte le orribili conseguenze del disturbo per essere motivati a cercare aiuto.

A volte semplicemente non sono pronti: alcuni dei 55enni che abbiamo avuto, alla fine dell'anno di DBT, piangono e dicono: "Oh mio Dio, se avessi avuto questo aiuto quando avevo 20 anni, non avrei causato a me stesso e agli altri tutta quella sofferenza!" e io sono sempre d'accordo, ma dico sempre anche: "Immagina ora di tornare indietro a 20 anni e di incontrarmi, e che proviamo a fare esercizi di mindfulness ..." e tutti ridono e dicono: "Oh mio Dio, avrei fatto a pezzi questo posto!" e penso che sia proprio così. Quindi in parte non sono solo pronti, ma l'altra ragione – purtroppo – è che molti dei nostri pazienti devono passare qualche anno in più a combattere il sistema per ottenere aiuto: anche se sono pronti a 25 anni, ci vogliono 10 anni di lotta prima di riuscire ad entrare nel mio ufficio.

Domanda: perché secondo lei si vedono così pochi uomini nelle cliniche?

Risposta: di nuovo, ci sono molti fattori coinvolti, ma ecco le mie migliori ipotesi: penso che gli uomini nella società - almeno in Svezia - siano formati fin dalla tenera età in modo diverso rispetto alle donne, in termini di comprensione delle proprie reazioni e problemi emotivi, quindi non capiscono davvero i propri problemi nello stesso modo in cui lo fanno le donne, e questo è probabile che influenzi il modo in cui chiedono aiuto; sappiamo che gli uomini purtroppo non sono abbastanza bravi a cercare aiuto. Quando finiscono in strutture sanitarie, spesso non finiscono nei servizi psichiatrici, ma piuttosto nelle strutture per l'abuso di sostanze e in carcere o in libertà vigilata; abbiamo fatto un sondaggio e stimato che il 20% degli uomini a Stoccolma che sono in carcere o in libertà vigilata potrebbero avere un DBP: in quei sistemi non vengono diagnosticati, e se non vieni diagnosticato non ottieni le cure.

Quando finalmente entrano in contatto con i servizi psichiatrici, c'è ancora un pregiudizio che porta alla sottodiagnosi degli uomini: i medici non fanno davvero le stesse domande che fanno alle donne. Quando chiedo ai miei colleghi: "Perché non diagnostichi gli uomini con questi problemi?", la risposta di solito è "Perché dovrei? Non finirà comunque in trattamento, non abbiamo nulla da offrire loro, quindi perché diagnosticare qualcuno con un disturbo stigmatizzante, se non puoi trattarlo?"

Quello che è successo è che, una volta che abbiamo iniziato a erogare DBT decidendo che gli uomini sono pazienti ben accetti, la prevalenza di DBP nella nostra clinica è esplosa! Siamo nell'area sud di Stoccolma e in quella zona la prevalenza di DBP è significativamente aumentata tra gli uomini, perché c'era qualcosa da offrire. Credo che quando si inizia a offrire un buon trattamento, anche le procedure diagnostiche migliorano.

Domanda: stiamo preparando un progetto per la regione Lombardia per migliorare la gestione delle persone con DBP nei 21 dipartimenti di salute mentale della regione; stiamo progettando un modello di cura graduale, perché non è fattibile formare centinaia di

professionisti della salute mentale alla DBT. Quindi prevediamo di formare la maggior parte dei professionisti mentali alle pratiche di "Good Psychiatric Management" proposte da John Gunderson, e poi un numero minore di professionisti motivati alla DBT. Cosa ne pensa di questo approccio?

Risposta: Penso che sia fantastico, sembra proprio la strada da percorrere. Insegno anch'io, e molti di questi giovani professionisti che studiano per essere terapeuti vogliono aiutare tutti: la loro idea è che se non si riesce a fornire un trattamento completo, allora è un fallimento; io dico sempre che se puoi comunque offrire ad un paziente una buona esperienza di incontro con un professionista della salute mentale, puoi effettivamente salvare vite umane, perché se i pazienti escono dall'incontro con te sentendosi rispettati e presi sul serio - e questa è "buona gestione psichiatrica" -, allora è più probabile che vadano in terapia in futuro, quando la loro motivazione sarà quella giusta. Quindi penso davvero che si possa realizzare molto con pochissimo.

Domanda: ha detto che per gli uomini è più difficile cercare aiuto, e questo è uno dei motivi per cui arrivano alla terapia 10 anni più tardi rispetto alle donne, in media. Cosa si può fare per motivare i pazienti alla terapia?

Risposta: Ovviamente sono molto interessato a cosa possiamo fare per individuarli più precocemente e non ho tutte le risposte, ma la mia ipotesi è che la motivazione al cambiamento non sia un processo lineare in costante aumento, probabilmente è più simile ad un andamento con alti e bassi. Quando succede qualcosa, in quel momento la tua motivazione può essere molto alta, ma se non ottieni alcun aiuto tempestivo, allora andrà giù velocemente. Se potessimo "catturare" le persone quando sono motivate, se potessimo semplicemente avvicinarle in quella finestra di opportunità e iniziare rapidamente la DBT in quel momento, allora forse potremmo fare qualcosa per ingaggiarli più precocemente. Il nostro sistema è troppo lento: succede che magari sono motivati qui in questo momento, ma poi viene loro proposto di vedere qualcuno, di essere valutati, di vedere di nuovo qualcuno, e i mesi vanno avanti all'infinito, e così se ne vanno.

Anche durante la terapia, a volte i pazienti sono molto impegnati - e non è necessario fare nulla per mantenerli motivati - e altre volte la motivazione è bassa: in DBT abbiamo alcune tecniche che cerchiamo di usare, come terapeuti, per mantenere le persone motivate e impegnate a cambiare, ma la grande domanda per me è come motivare le persone che non sono ancora nemmeno in terapia, per convincerli a cercare aiuto. E' così deprimente non avere strategie. Stavo pensando al modello di cura graduale di cui abbiamo discusso prima: se potessimo aiutare quei medici che incontrano queste persone ad esempio al Pronto Soccorso, quando arrivano con la mano sanguinante per aver spaccato un vetro, se potessimo aiutare quei medici ad essere efficaci, penso che sarebbe utile. Altrimenti, tutti quei pazienti sperimenteranno solo un ennesimo membro della società che dice loro che bevono troppo, e quindi se ne andranno.

Domanda: purtroppo in Italia l'uso di farmaci psicotropi è massiccio, e probabilmente il DBP è l'area diagnostica in cui il tasso di negligenza è il più alto, perché, non essendoci farmaci autorizzati, qualsiasi clinico si sente libero di decidere. Nei miei 43 anni di carriera, ho visto prescrizioni davvero incredibili, con politerapia delle benzodiazepine, che è un trattamento controindicato per l'impulsività. Vedo persino prescrizioni di quel prodotto per le donne, senza alcun riguardo per il rischio teratogeno.

Risposta: qui sta migliorando molto; abbiamo avuto molta attenzione in Svezia sulla questione di non prescrivere benzodiazepine a questi pazienti, di non metterli in unità psichiatriche chiuse, perché i tassi di suicidio salgono, di non prescrivere molti farmaci insieme. Se facessimo un grafico con il numero di farmaci psicotropi nei miei pazienti, si vedrebbe un calo nel tempo.

Sappiamo che il problema principale dei pazienti è la mancanza di capacità di regolare le proprie emozioni, fanno semplicemente qualsiasi cosa l'emozione dica loro di fare. Insegnare le abilità a questi pazienti è molto difficile se tu clinico non provi a impararle tu stesso, devi sviluppare le tue capacità di gestire le tue preoccupazioni. Scherzando, a volte dico che molti dei farmaci che i miei pazienti hanno ricevuto dal sistema sanitario sono stati dati loro per regolare le emozioni dei medici, non quelle dei pazienti! Il

"Anche quando sono pronti, per gli uomini ci vogliono in media 10 anni di lotta in più per ottenere la terapia"

"Quando succede qualcosa, la motivazione è alta, ma crolla se non si interviene velocemente. Il nostro sistema è troppo lento"

clinico pensa: "Oh mio Dio, si ucciderà: sediamolo, così posso andare in vacanza senza preoccuparmi"

Domanda: la diagnosi precoce sembra essere un problema in Italia, soprattutto per i ragazzi. La nostra esperienza è che spesso il disturbo inizia nell'adolescenza, ma prima dei 18 anni troppo spesso, e soprattutto nei maschi, viene confuso con problemi di temperamento e / o comportamentali. Siete in grado di fare diagnosi precoci in Svezia? Da che età?

Risposta: ancora una volta c'è stato un cambiamento nel corso degli anni da quando lavoro. Quando ho iniziato, i medici erano molto riluttanti a diagnosticare precocemente il DBP e dicevano: "Non vogliamo imporre una diagnosi di disturbo di personalità su qualcuno ancora giovane", e sono d'accordo, ma la conseguenza è stata che era difficile per i giovani ottenere aiuto. In Svezia ora siamo più pronti a diagnosticare già a 18 anni, e penso anche prima di quell'età occasionalmente; ma soprattutto, oggi siamo più inclini ad offrire ai giovani un buon trattamento anche se non hanno la diagnosi. Negli studi clinici abbiamo visto che puoi iniziare in modo affidabile a individuare bambini che svilupperanno il DBP già a 12 anni; Non sto dicendo che dovremmo diagnosticare i dodicenni, ma sto dicendo che se hai una coorte di bambini di 12 anni che hanno alcuni specifici comportamenti problematici, puoi prevedere con una certa affidabilità che svilupperanno il DBP: anche se non li diagnostichi, dovresti essere in grado di individuarli e offrire aiuto a loro e alle loro famiglie prima di quanto facciamo oggi.

Domanda: qual è il ruolo della famiglia nel trattamento del DBP, e qual è il ruolo della famiglia in generale nei servizi di salute mentale svedesi?

Risposta: penso che la famiglia e le persone che sono importanti per i nostri pazienti, come i loro partner o gli amici intimi o chiunque sia vicino ai nostri pazienti, siano molto, molto, molto importanti. E, naturalmente, essere un parente stretto di uno dei nostri pazienti è molto, molto difficile. Noi tentiamo davvero di includere le persone importanti nel trattamento, quindi spesso cerchiamo di portare ad esempio madri e partner nel setting terapeutico, e ovviamente offriamo anche a tutti loro una formazione "Family Connections". Purtroppo è spesso abbastanza difficile portare i familiari nel setting terapeutico e nel programma "Family Connections": a volte i pazienti non lo vogliono, a volte i genitori dei partner non lo permettono, e così via. È una questione sinceramente frustrante per me, perché penso davvero che sia importante. È un modello interattivo: se il mio paziente migliora, inizia a usare le abilità e si sente meglio, ovviamente questo avrà un grande impatto positivo sulla famiglia; se aiuti la famiglia a sentirsi meglio, influenzerà anche il paziente in modo positivo e quindi ottieni questo circolo virtuoso in cui si rafforzano a vicenda. E naturalmente è vero anche il contrario: se il paziente non sta bene e ha tutti questi comportamenti estremi, questo farà soffrire di più la famiglia, e più la famiglia soffre, più è probabile che non sarà davvero efficace nell'aiutare il paziente, e viceversa.

Domanda: attualmente lavoro in una REMS (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), è una struttura sanitaria per i criminali che soffrono di incapacità di intendere e volere totale o parziale al momento dei crimini, e che sono considerati socialmente pericolosi. Lavoro quotidianamente con adulti maschi che hanno problemi di impulsività, disregolazione e aggressività. Sono diagnosticati con tratti borderline e antisociali, associati all'abuso di sostanze e a volte a disabilità intellettiva. Quando ho iniziato a lavorare, pensavo che la DBT fosse la soluzione a tutti i loro problemi, ma il deterioramento cognitivo mi ha mostrato che molti di loro non possono reggere la DBT, perché hanno un QI inferiore a 70. Pensa che per questi uomini possa essere utile forse un trattamento psicoterapeutico integrato (ACT, terapia cognitiva comportamentale standard, terapia razionale emotiva di Ellis,...)?

Risposta: anche in Svezia i pazienti nelle cliniche psichiatriche forensi chiuse sono molto malati: il più delle volte sono molto a basso funzionamento, possono avere psicosi e disabilità intellettive, e concordo sul fatto che fare DBT potrebbe essere troppo difficile. So che c'è del materiale sviluppato da altri ricercatori DBT che ha lo scopo di aiutare le persone che hanno disabilità intellettive (un manuale di formazione delle abilità molto semplificato), ma penso che anche quello sarebbe difficile da seguire con cadenza settimanale in contesti psichiatrici forensi chiusi. Ad ogni modo, anche nella mia clinica psichiatrica regolare, gli uomini hanno un livello di istruzione leggermente inferiore rispetto alle donne e hanno molte più esperienze negative nei percorsi scolastici, hanno sperimentato molti fallimenti nei contesti accademici. Quindi

abbiamo fatto quello che penso ogni buona terapia comportamentale dovrebbe fare: abbiamo cercato di fare meno affidamento sul materiale scritto e più sulla pratica effettiva delle abilità. È come insegnare chitarra: nessuno in realtà diventa bravo a suonare la chitarra parlando con qualcuno di chitarre o leggendo informazioni sulla chitarra; non puoi imparare a suonare la chitarra in nessun altro modo se non sedendoti con una chitarra e suonandola. E penso tristemente che nella comunità DBT tendiamo a fare troppo affidamento sulle parole: insegniamo, leggiamo cose, diamo ai pazienti documenti, parliamo troppo. Quindi lavorare con gli uomini mi ha reso un terapeuta DBT migliore per tutti i miei pazienti, perché ho dovuto davvero capire come praticare effettivamente queste abilità e non solo parlarne.

Domanda: in Svezia ci sono studi sui figli dei pazienti, specialmente quando i bambini hanno meno di 18 anni, per quanto riguarda sia l'impatto della patologia sul loro sviluppo che il loro ruolo "terapeutico"?

Risposta: In realtà non sono sicuro di quante ricerche siano state fatte sui genitori con DBP, ma ovviamente se i genitori hanno questo tipo di problemi sarebbe ingenuo pensare che questo non abbia impatto sui bambini. Nelle cliniche psichiatriche svedesi siamo obbligati a chiedere informazioni sui bambini e siamo obbligati a offrire ai genitori con malattie mentali un'educazione su come aiutare i loro figli. A volte incontriamo i bambini e aiutiamo il genitore a spiegare ai bambini - a un livello adatto all'età del bambino - cosa i genitori stanno facendo qui, come sono, che tipo di problemi hanno. L'obiettivo principale è far capire al bambino che i problemi dei suoi genitori non sono causati da lui.

Domanda: considerando che un ostacolo molto grande all'accesso dei pazienti di sesso maschile al sistema sanitario è legato alla percezione sia dei pazienti che del personale sanitario del DBP come una condizione che colpisce tipicamente le donne, penso che ci sia un importante problema culturale di fondo, basato su un'importante scissione tra "percepire e comportarsi come un maschio o una femmina". Come ha detto prima, questo tipo di problema è collegato in parte all'educazione che uomini e donne ricevono, ma ovviamente il problema è abbastanza radicato nella cultura e tocca molti altri campi della psicologia e della psichiatria. Che tipo di interventi (es: corsi di educazione affettiva a scuola, demitizzazione delle differenze di genere, ecc.) pensa che potrebbero essere utilizzati per ridurre l'incidenza di questo problema?

Risposta: Penso che questo sia un grosso tema a tutti i livelli della società e in Svezia questo tipo di problema è ben noto. Abbiamo una buona reputazione per come ci impegnamo per l'equilibrio di genere, eppure anche nella nostra società è ancora un problema. In Svezia ci sono molti programmi: con i miei tre figli parliamo molto a casa di questi problemi, ma anche nelle scuole materne e in tutte le scuole per bambini al giorno d'oggi si fa molta formazione sul riconoscere le emozioni e parlare di emozioni, sugli stereotipi di genere e sui modelli di ruolo di genere. Quindi penso che stiamo cercando di fare molto a vari livelli nella società e spero che alla fine diventerà sempre meglio, ma c'è ancora molto da fare. Uno dei problemi che vediamo riguardo la percezione degli uomini e della malattia mentale è che le donne che soffrono psicologicamente interiorizzano i loro problemi mentre gli uomini esteriorizzano. Ciò significa che gli uomini danno pugni in faccia alle persone, bevono alcolici, distruggono proprietà pubbliche e private; le donne d'altra parte rimangono a casa e si tagliano, o si ritirano. È vero che i disturbi esteriorizzanti sono circa due o tre volte più comuni negli uomini, come l'abuso di sostanze e i disturbi antisociali della personalità, ma ciò nonostante la maggior parte degli uomini che soffrono di disturbi mentali sperimentano anche depressione e ansia. Inoltre, se continuiamo a parlare solo di uomini che esteriorizzano, rischiamo di non individuare quegli uomini che hanno solo depressione e ansia e non prendono a pugni in faccia le persone né bevono; in quel caso avranno due problemi: uno è la loro depressione e ansia e l'altro è che sono portati a pensare di non essere davvero uomini "veri", perché gli è stato detto che questo non è un comportamento virile. Lo stesso può accadere con l'esteriorizzare nelle donne, che è meno comune rispetto agli uomini ma esiste.

La registrazione completa dell'incontro, con le traduzioni inglese/italiano, è disponibile qui: <https://youtu.be/uf2UOHEj4ik>

"Noi ci impegnamo molto a portare famiglie e relazioni significative nel setting terapeutico"

"In DBT ci affidiamo troppo alle parole: gli uomini hanno bisogno di sperimentare le skills, non solo di parlarne"