Il trattamento dei disturbi gravi di personalità e l'utilizzo della DBT nei Servizi Territoriali

Farinazzo Carla - *Medico Psichiatra, Responsabile C.P.S. di Busto Arsizio, D.S.M. Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio"*

Giudici Laura – *Medico Psichiatra, Responsabile C.P.S. di Saronno, D.S.M. Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio"*

Di Gennaro Viviana – *Psicologa Psicoterapeuta, Consulente per il Progetto Innovativo TR74, C.P.S. di Saronno, D.S.M. Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio"*

Montagnoli Manuela - *Psicologa Psicoterapeuta, Consulente per il Progetto Innovativo TR74, C.P.S. di Busto Arsizio e Tradate, D.S.M. Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio"*

Protasoni Elisa – *Terapista della Riabilitazione Psichiatrica, C.P.S. di Busto Arsizio, D.S.M. Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio"*

Rusmini Laura – *Educatrice Professionale, Consulente per il Progetto Innovativo TR74, C.P.S. di Saronno, D.S.M. Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio"*

Tovagliari Davide - *Psicologo Psicoterapeuta, Consulente per il Progetto Innovativo TR74, C.P.S. di Busto Arsizio, D.S.M. Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio"*

Molteni Franca – *Medico Psichiatra, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo di Busto Arsizio"*

Corresponding Author
Molteni Franca – Email **fmolteni@aobusto.it** Tel. 0331.699.811
Inviato il 15.4.2015 rivisto il 22.4.2015 accettato il 18.5.2015

Riassunto

I disturbi gravi di personalità, soprattutto borderline, sono in progressivo aumento e pongono i servizi psichiatrici nella necessità di rivedere i percorsi di cura soprattutto in relazione dei comportamenti suicidari e parasuicidari. Il DSM di Busto Arsizio, nell'ambito dei Programmi Innovativi per la Salute Mentale, ha individuato diversi percorsi di trattamento a crescente intensità per queste patologie. Sono stati inseriti nel programma 495 pazienti, 152 con diagnosi del cluster B e soprattutto con diagnosi di disturbo borderline di personalità; i 46 che presentavano un alto rischio suicidario e autolesivo, sono stati inseriti nella Terapia Dialettico Comportamentale (DBT), complessa offerta terapeutica sia individuale che con gruppi di skills training; tutti i terapeuti dello staff DBT si incontrano regolarmente per la discussione dei casi. Si sono ottenuti buoni risultati sulla riduzione dei comportamenti autolesivi e sulla necessità di ricoveri ospedalieri. Il lavoro di specializzazione che il progetto ha avviato ha indotto inoltre cambiamenti organizzativi nei servizi territoriali con la formazione di gruppi specialistici anche per altre patologie, cambiamenti nelle riunioni d'équipe e soprattutto ha stabilito un modello di rapporto che impegna il paziente e l'operatore nel raggiungimento di obiettivi comuni di cura con la stesura di un contratto scritto.

Abstract

Severe personality disorders, particularly borderline disorders, are progressively increasing and are bringing about necessary changes in therapy, especially in relation with suicidal and parasuicidal behaviour. Busto Arsizio Mental Health Department, in its Innovative Program for Mental Health, has identified different methods of increasing treatment intensity for these specific disorders. 495 patients have been included in this project, 152 with a cluster B diagnosis and in particular with a borderline personality disorder; the 46 patients who showed a high risk of suicidal and self-destructive behaviour have been included in the Dialectical Behavioral Therapy (DBT), a complex therapeutic procedure both for individuals and skill training groups; moreover, all DBT therapists regularly meet to discuss and review the cases. There have been good results in the reduction of self-destructive behaviour and of hospitalization. The specialized work required in the project has also brought to inevitable changes in the organization of the activity of local mental departments, through the creation of dedicated groups for the treatment of different pathologies, and changes in team meetings, but mostly it has established a patient/operator relationship in which both are involved in the achievement of common treatment results by subscribing a written document.

Introduzione

L'incremento epidemiologico dei Disturbi di Personalità, spesso in comorbilità con altri quadri sintomatologici e con disturbi da abuso di sostanze, è da diversi anni un fenomeno che pone ai Servizi di Salute Mentale specifiche domande di trattamento, diverse dal tradizionale intervento psichiatrico centrato sulla remissione della sintomatologia e la riabilitazione delle disabilità.

I Disturbi Gravi di Personalità, che possono essere definiti come "condizioni di interesse psichiatrico caratterizzate da una alterazione del funzionamento mentale nell'area della formazione e della stabilità dell'identità e del Sé, con espressione nelle dimensioni dell'impulsività e dell'antagonismo", che "si manifestano con prevalente criticità nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento globale, determinando una significativa riduzione della capacità di adattamento al ruolo sociale" (1) sono una priorità nei Servizi che hanno come finalità il trattamento dei disturbi psichici gravi.

Il lavoro svolto, che verrà illustrato nel presente articolo, rappresenta lo sforzo di dare ai servizi territoriali e a tutti gli operatori psichiatrici maggiori strumenti per affrontare questi problemi emergenti.

Epidemiologia dei disturbi di personalità e del disturbo borderline nei nostri servizi

La prevalenza dei DP nella popolazione generale, sulla base di studi europei e statunitensi (la letteratura italiana è carente a questo proposito), è stimata attorno al 10-

15% (1-2). Tra i DP, il disturbo borderline è il più comune negli ambiti clinici e viene diagnosticato nel 10-23% dei pazienti psichiatrici ambulatoriali e nel 15-43% dei ricoverati; è molto frequente nei giovani adulti e ha un divario di genere donne/uomini di 3:1 (1,3-5). Tra i dati emersi nei vari studi epidemiologici si evidenzia una frequente comorbilità con altrepatologie: disturbi dell'umore, disturbi da uso di sostanze e disturbi dell'alimentazione, un aumentato rischio familiare per disturbi da uso di sostanze, disturbo antisociale e disturbi dell'umore (2). Per quanto riguarda la presenza dei DP nei servizi, uno studio epidemiologico italiano (6) confronta i dati di Lombardia, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia e attribuisce ai DP una prevalenza del 10% circa dei casi trattati. Nei DSM lombardi si è verificato un significativo aumento della prevalenza trattata nell'ultimo decennio; i disturbi di personalità ricevono pattern di trattamento intensivi (>10 interventi per anno) e programmi di trattamento ad alta e media intensità nelle Strutture Residenziali (7).

Nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Busto Arsizio, i dati di attività indicano che, nell'arco di un decennio, a fronte di un aumento del numero totale dei pazienti trattati nei Centri Psico-Sociali (CPS) dell'ordine del 43%, la percentuale di aumento relativa ai disturbi di personalità è del 77% e quella riferita al disturbo borderline del 125%; ciò può indicare, al di là dell'incremento segnalato in letteratura, anche un aumento della sensibilità diagnostica ed una maggiore capacità dei Servizi territoriali di intercettare e trattare questo tipo di pazienti. In un decennio è anche aumentata la percentuale di pazienti con disturbo di personalità che ricevono trattamenti intensivi nei CPS, in misura maggiore rispetto alla totalità dei pazienti; per quanto riguarda invece i ricoveri in SPDC si evidenzia una tendenza alla riduzione delle giornate di degenza per disturbi di personalità, più accentuata per quanto riguarda i disturbi borderline; anche questi dati sembrano confermare una presa in carico più efficace a livello territoriale. Il 17% dei pazienti che afferiscono ai CPS ha un'età inferiore a 35 anni; tale percentuale aumenta, se si considerano i disturbi di personalità, al 25% e al 36% per il disturbo borderline, ad indicare che trattare tali disturbi significa anche intercettare maggiormente la popolazione in età giovanile.

Il Programma Innovativo Regionale

Nel 2009 il DSM dell'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio ha avviato il Progetto Innovativo Regionale "La presa in carico dei pazienti con disturbi di personalità: Il CPS come Base Sicura", per elaborare risposte efficaci a tali condizioni cliniche di crescente problematicità: incremento epidemiologico, modalità relazionali disfunzionali e/o aggressive, tendenza ad agiti impulsivi e a comportamenti autolesivi, famiglie problematiche, frequente ricorso a strutture residenziali o agli SPDC.

La cura dei pazienti con disturbi gravi di personalità dispone oggi di una maggiore comprensione dei processi relazionali, psicologici e neurofisiologici alla base del disturbo. La mancanza di relazioni con buone figure di attaccamento, "basi sicure" che aiutino il bambino a sviluppare e ad integrare le diverse funzioni psichiche, impedisce la formazione di un'organizzazione mentale coerente ed il controllo delle emozioni (8-9). Ne consegue una significativa correlazione tra forme di attaccamento insicuro nella prima infanzia, eventi relazionali traumatici ed insorgenza in età adulta di disturbi dissociativi (10) e della personalità (11-12). Sperimentare relazioni adeguate, come nei contesti terapeutici ed educativi o nelle psicoterapie, permette di riattivare processi integrativi della mente. Tali miglioramenti trovano un riscontro neurofisiologico nell'aumento di connessioni tra aree cognitive ed aree del controllo emotivo (9,13-15).

Il progetto è partito con la formazione rivolta a tutti gli operatori dei CPS e distinta in due ambiti: una formazione specifica sulla Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) di Marsha M. Linehan (16), metodo indicato dalla letteratura scientifica internazionale di elezione per i pazienti autolesivi e parasuicidari; un'altra sui cambiamenti organizzativi da attuare nei servizi, con esperti dello Studio di Analisi Psico-Sociologica APS di Milano. La formazione DBT, cominciata 5 anni fa, sta continuando così come la supervisione dei casi in trattamento.

Si sono delineati percorsi di cura a differenti livelli di intensità, in funzione della gravità psicopatologica, della consapevolezza/motivazione del paziente e in relazione alle risorse dei servizi. La presa in carico del paziente nel percorso del Progetto è proposta dallo psichiatra curante del CPS, discussa in équipe e valutata secondo criteri che riguardano: il grado di sofferenza psichica, la presenza di autolesività e idee suicidarie, la disregolazione relazionale intesa come etero-aggressività, problemi con la giustizia, compromissione della situazione lavorativa, la presenza di minori conviventi, l'assenza di una rete sociale. Un momento importante è quello della valutazione testistica (MMPI-2; SCID-2; Rorschach) per il rilievo di specifiche alterazioni del funzionamento mentale del paziente. Nei casi in cui il rilievo diagnostico sia supportato da sufficiente motivazione del paziente alla cura, il Progetto prevede interventi a crescente intensità, previa sottoscrizione di un accordo terapeutico e in aggiunta all'intervento psichiatrico:

- supporto psicologico o educativo individuale o di gruppo;

- psicoterapia individuale;

- partecipazione a gruppi di Social Skills Training, Mindfulness , Regolazione Emotiva, Efficacia Interpersonale, per la gestione delle difficoltà relazionali, della sofferenza emotiva attraverso il riconoscimento e la regolazione delle emozioni;

- inserimento nel programma DBT quando il disturbo di personalità borderline ha una intensa impulsività autolesiva;

- coinvolgimento e supporto dei familiari.

La Terapia Dialettico Comportamentale DBT

La DBT è una terapia cognitivo-comportamentale integrata, formulata e validata per pazienti di sesso femminile che soddisfano i criteri diagnostici per il Disturbo Borderline di Personalità e che presentano all'anamnesi una storia di molteplici gesti parasuicidari -atti autolesivi e veri e propri tentativi di suicidio- (16). I dati empirici a sostegno dell'efficacia della tecnica terapeutica elaborata da Marsha M. Linehan riguardano esclusivamente questo tipo di pazienti, ma abbiamo scelto di utlizzare questo metodo con pazienti sia di sesso femminile che maschile, a condizione che la diagnosi di DBP con agiti autolesivi fosse soddisfatta.

Il modello teorico del disturbo borderline di personalità proposto dalla Linehan è relativo ad una disfunzionale regolazione dell'esperienza emotiva. Un concetto cardine della terapia è quello di validazione: la disregolazione emotiva trova terreno fertile in quello che viene descritto come "ambiente invalidante", che risponde in modo errato e inappropriato alle credenze, ai pensieri, alle emozioni dell'individuo e che rifiuta la comunicazione delle esperienze interne, punisce l'espressione delle emozioni ed ipersemplifica la soluzione dei problemi. Attraverso la terapia, si cerca di sostenere e promuovere un ambiente validante che, al contrario, consente di identificare e modulare le emozioni, insegna a tollerare il disagio e insegna a confidare nella propria risposta emotiva.

Il lavoro fatto nei nostri servizi ha previsto l'organizzazione dei vari setting che la DBT prevede: terapia individuale, Skills Training di gruppo, riunioni di staff. La fase di accordo sul trattamento dura circa quattro o cinque sedute e alla fine viene firmato un contratto terapeutico che ha la durata di un anno. La terapia individuale è settimanale, così come la terapia di gruppo di Skills Training; il paziente avrà uno psichiatra farmacologo e potrà usufruire delle consultazioni telefoniche in momenti di crisi e urgenza. Sono previsti anche interventi psicoeducativi per i familiari.

Gli impegni che il paziente si assume riguardano la partecipazione a tutte le sedute programmate comprese quelle di gruppo e l'impegno a ridurre i comportamenti autolesivi che risultano essere il target prioritario. L'impegno successivo riguarda la necessità di lavorare su elementi che possano interferire con la prosecuzione della terapia: saltare le sedute, arrivare ad esse in ritardo, non svolgere le esercitazioni relative agli skills training ecc.

Il terapeuta si impegna, a propria volta, a condurre la terapia con la massima competenza possibile, chiarendo già nelle prime fasi che non potrà "salvare" il paziente, che non potrà "risolvere i suoi problemi" e che non potrà impedire al paziente la messa in atto di condotte suicidarie: da qui, l'investitura del paziente come primo agente della propria cura. E' importante distinguere:

- gli obiettivi preliminari, che riguardano l'orientamento alla terapia e l'accordo sugli obiettivi;

- gli obiettivi della prima fase, che riguardano i comportamenti suicidari e parasuicidari, i comportamenti che interferiscono con la terapia e i comportamenti che interferiscono con la qualità di vita;

- gli obiettivi della seconda fase, che riguardano la riduzione dello stress post-traumatico;

- gli obiettivi della terza fase, relativi all'aumento del rispetto di sé ed al possibile raggiungimento degli obiettivi individuali.

I gruppi di skills training, costituiti da cicli di 4 moduli, sono gestiti da un conduttore (psicologo), un co-conduttore (educatore professionale), con la presenza di un osservatore. Obiettivo generale dei gruppi psicoeducativi riguarda l'apprendere e perfezionare le capacità di modificare i pattern comportamentali, emozionali e cognitivi associati ai problemi della vita che determinano disagio e sofferenza.

Una volta che il paziente viene inserito nel programma sarà sottoposto alle scale BIS-11, Barratt Impulsiveness Scale (17) -a t0, t6, t12-, DERS, Scala sulla difficoltà nella regolazione emotiva (18) -a t0, t12- e SHI (Self Harm Inventory) (19).

Ognuno dei 3 CPS coinvolti nel Programma Innovativo ha strutturato staff clinici che si incontrano a cadenza stabilita per la discussione ed il monitoraggio dei percorsi dei pazienti inseriti. Fondamentale in questo trattamento è il fatto che il paziente diviene il "paziente dello staff" e questo nell'ottica di condividere la complessità della cura e di garantire un costante equilibrio dialettico tra gli operatori.

Cambiamenti nell'organizzazione dei servizi

Il Piano Regionale per la Salute Mentale 2004 della Regione Lombardia segnalava "l'emergere di nuove problematiche nell'ambito del trattamento dei disturbi psichici quali i disturbi del comportamento associati a disturbo della personalità" tali da richiedere "la predisposizione di nuovi modelli operativi specifici" (22). Le difficoltà incontrate nella gestione dei pazienti con gravi disturbi di personalità ci hanno sollecitato alla ricerca di strategie diverse da quelle solitamente utilizzate per la cura delle gravi psicopatologie che afferiscono ai servizi. Si è partiti, come già detto, da un lavoro di formazione sulle caratteristiche psicopatologiche, sulle terapie, sui metodi manualizzati di cura e sui cambiamenti organizzativi dei servizi. La diffusione del sapere tra gli operatori ha permesso una maggiore partecipazione alla formazione. Si sono organizzati gli interventi di risposta alla crisi, al fine di ridurre il ricorso al ricovero; si sono estesi alle riunioni di équipe i principi che regolano gli incontri di staff DBT, per favorire negli operatori un atteggiamento non giudicante e per migliorare modalità integrative di cura; si sono potenziate le riunioni di équipe sui singoli casi; si sono sviluppati interventi specialistici anche per le psicosi stabilizzate e per gli esordi psicotici. Infine, la cura delle persone con Disturbo di personalità ha costretto gli operatori a rendere attuali concetti quali l'empowerment, la flessibilità dei percorsi di cura, la corresponsabilità nel contratto terapeutico, mettendo in crisi l'atteggiamento spesso "paternalistico" dei servizi nei confronti dei disturbi psicotici.

Dai fondamenti teorici del Progetto Innovativo per la cura dei disturbi di personalità del DSM di Busto Arsizio, che si rifanno alla teoria dell'attaccamento, si è organizzato un programma di "Prevenzione in psichiatria" caratterizzato da cicli di incontri rivolti inizialmente ai pazienti in carico ai nostri servizi e che sono genitori di figli in età evolutiva, ed estesi negli anni anche a tutta la cittadinanza. Hanno come finalità lo sviluppo di conoscenze sulle prime relazioni interpersonali indispensabili per lo sviluppo delle capacità di regolazione emotiva, su cos'è la relazione genitore-figli, su come gli stili relazionali disfunzionali sono alla base di sofferenza psichica e dei disturbi di personalità.

GRAFICO 1 - GRAFICO 2 - TABELLA 1

Conclusioni

Il Programma Innovativo sul trattamento dei disturbi gravi di personalità ha dato in questi anni interessanti risultati: un miglioramento della capacità di cura dei pazienti con disturbo grave di personalità evidenziato da un netta riduzione dei drop out, dalla riduzione dei ricoveri e delle giornate di degenza, da una capacità di stabilire relazioni terapeutiche non disfunzionali e d'aiuto al paziente e di valorizzazione delle capacità degli operatori. I comportamenti suicidari e parasuicidari dei pazienti con disturbo borderline generano nell'équipe curante preoccupazione e disagio impotente e inducono i meccanismi di incomprensione e di espulsione. Ben consapevoli di non poter risolvere tutte le sfide che vengono poste dalla cura dei disturbi gravi di personalità, avere un metodo a cui riferirsi, lavorare in modo integrato condividendo i casi, rifarsi a modalità di tipo dialettico e di validazione dell'altro, ci permette di farci carico con maggiore serenità di queste persone.

L'applicazione del metodo DBT e l'estensione di alcuni principi di questa terapia al lavoro psichiatrico dei servizi ha permesso soprattutto di ripensare al fatto che ogni terapia è possibile solo con la partecipazione attiva del paziente: il contratto scritto con gli obiettivi della cura è un punto di riferimento sia per il paziente che per il terapeuta per tutta la durata del trattamento e obbliga entrambi al rispetto di impegni presi e al mantenimento di un ruolo attivo. Estendere a tutti i percorsi terapeutici

questa modalità di partecipazione attiva del paziente permette di non sviluppare la cronicità e la passività troppo spesso presente nei servizi psichiatrici.

Riferimenti

1) Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri. Linee di indirizzo per il trattamento del Disturbi Gravi di Personalità. Regione Emilia Romagna. 2013.

2) American Psychiatric Association. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - DSM. Quinta edizione italiana. Milano. Raffaello Cortina Editore. 2014.

3) National Institute for Health and Clinical Excellence. Borderline personality disorder: treatment and management. London. NICE. 2009.

4) American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of Patient with Borderline Personality Disorder. Washington DC. APA. 2001.

5) National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Melbourne. National Health and Medical Research Council. 2012.

6) Lora A. An overview of the mental health system in Italy. Ann Ist Super Sanita. 2009;45(1):5-16.

7) Lora A. Il sistema informativo per la salute mentale di Regione Lombardia. In: Percudani M, Cerati G, Petrovich I, Vita A. Dal monitoraggio alla valutazione in La psichiatria di comunità in Lombardia. Milano. Mac Graw-Hill Education. 2013:25-42.

8) Cassidy J, Shaver C. Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche. Fioriti. Roma. 2003.

9) Siegel D. La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale. Cortina. Milano. 1999.

10) Liotti G, Farina B. Sviluppi traumatici: eziopatogenesi, clinica e terapia delle dimensioni dissociative. Raffaello Cortina Editore. 2011.

11) Fonagy P, Target M. Attaccamento e Funzione Riflessiva. Cortina. Milano. 2001.

12) Riva Crugnola C. La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partners. Cortina. Milano. 1999.

13) Kandel E R, Schwartz J H. Principles of Neural Science. 4th ed. McGraw-Hill. New York. 2000.

14) Bucci W. Psicoanalisi e Scienza Cognitiva. G. Fioriti. Roma. 1999.

15) Daniele M T, Manna V, Pinto M. Stress, Trauma e neuroplasticità. La psicotraumatologia tra neuroscienze e psicoterapia. Alpes. Roma. 2015.

16) Linehan M. Trattamento Cognitivo-Comportamentale del Disturbo Borderline. Il modello Dialettico. Cortina. Milano. 2001.

17) Patton J H, Stanford M S, Barratt E S. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. Journal of Clinical Psychology. 1995;51(6):768-774.

18) Gratz K L, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment. 2004;26(1):41-54.

19) Gratz K L. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment. 2001;23:253-263.

20) Fassone G, Ivaldi A, Rocchi M T. Riduzione del drop-out nei pazienti con disturbi gravi di personalità: risultati preliminari di un modello di psicoterapia cognitivo-comportamentale integrata, individuale e di gruppo. Rivista di psichiatria. 2003;38(5):241-246.

21) Madeddu F, Acquaro P, Preti E. Psicoterapia per il Disturbo Borderline di Personalità: revisione della letteratura sull'efficacia di quattro trattamenti manualizzati. JOURNAL of PSYCHOPATHOLOGY. 2012;18(3):196-209.

22) Regione Lombardia. Piano Regionale per la Salute Mentale. DGR 17/5/2004 n. VII/17513.

Riconoscimenti

"L'autore Tovagliari Davide dichiara di aver libero e completo accesso ai dati presentati nel presente elaborato e si assume la responsabilità della loro correttezza e dell'accuratezza delle analisi su di essi condotte."