

# Le urgenze psichiatriche in NPI

Azzurra Martini, MD

# Chiamate più frequenti in DEA per urgenze psichiatriche

- Adolescente con idee suicidarie / parasuicidarie (intossicazione, self injuring)
- Adolescente con abuso di sostanze
- Adolescente o preadolescente con disturbi del comportamento in ritardo mentale

Il numero delle urgenze psichiatriche è in aumento a livello nazionale ed internazionale

- Aumento 40-45% dell'utenza in età evolutiva negli ultimi 5 anni (Sinpia 2016)
- Con conseguente necessità di aumento della spesa sanitaria per le problematiche psichiatriche in età evolutiva
- Salute mentale infanzia e adolescenza + abuso sostanze = 13% global burden of disease (WHO, 2014)

## L'AGITAZIONE PSICOMOTORIA

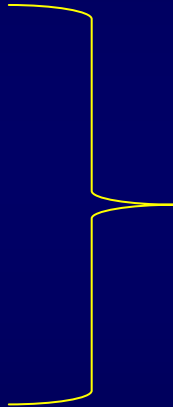
L'agitazione psicomotoria è caratterizzata da un **comportamento anomalo ed eccessivo dal punto di vista motorio, fisico e verbale, auto o etero diretto**, che può manifestarsi in diversi modi: aumento dell'eccitazione, minacciosità, ostilità, impulsività, rabbia, comportamento intimidatorio, irrequietezza, imprevedibilità e scarsa cooperazione.

L'ambiente pediatrico può presentare dei limiti:

- di tipo strutturale (locali non dedicati, problemi di sicurezza per paziente e personale)
- per variabili medico-infermieristiche (formazione, quantità,...).

# Disturbi di Asse I nei minori

Disturbo  
Schizofrenico  
Disturbo bipolare



Elevata componente genetica  
Elevata familiarità

Più agevole inquadramento diagnostico e trattamento



# Il disturbo di personalità Borderline

# Punti critici

Rischio suicidario

Vs.

Ricovero «traumatizzante»


John G. Gunderson  
Perry D. Hoffman

# Disturbo di personalità borderline



Una guida  
per professionisti e familiari

*Edizione italiana a cura di  
Massimo Clerici*

 Springer



# **Il disturbo di personalità borderline**

## **Incontro psicoeducativo con i familiari**



**A.S.L. CN2**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra*

# Perché siamo qui

Se partecipate a questo incontro è possibile che ad un vostro familiare sia stata fatta diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (BPD).

Questi incontri sono finalizzati a:

- Focalizzare il problema e conoscere il disturbo
- Evitare lo stigma o la “paura” di una diagnosi
- Illustrare possibili modalità comunicative o di relazione con chi è affetto da questo disturbo
- Nel caso specifico, individuare le caratteristiche di questo disturbo in pazienti minori di 18 anni.

# La prima reazione: affrontare la diagnosi

- “Mio figlio ha veramente un disturbo mentale?” “Non sono solo capricci dell’adolescenza?”
- “E’ ancora troppo giovane per avere problemi psichiatrici?”
- “Deve prendere psicofarmaci?Lo renderanno uno zombie?Diventerà dipendente?”
- Perché mio figlio/a deve fare psicoterapia?

## Il DBP può esistere negli adolescenti?

- Usualmente il DSM, quando parla del DBP, si riferisce ad una condizione pervasiva, duratura e inflessibile che si sviluppa dopo i 18 anni.
- Alcuni psichiatri possono essere riluttanti a diagnosticare questi tipi di disturbi nella prima adolescenza.
- Tuttavia lo stesso DSM afferma che si può applicare questa diagnosi nei casi in cui i tratti particolarmente maladattativi sembrano essere pervasivi, persistenti e non limitati ad un particolare stato dello sviluppo psicologico dell'adolescente. [10]

In altre parole, se le caratteristiche del quadro clinico sono particolarmente gravi, poco flessibili e disadattative che influiscono sul funzionamento dell'adolescente, si può fare diagnosi anche prima dei 18 anni, a condizione che i sintomi siano presenti per almeno un anno. I criteri diagnostici sono gli stessi dell'adulto [1-5]

# “Ma non è una fase di transizione tipica dell’adolescenza?”

- E’ vero che un certo grado di variabilità dell’umore e impulsività, così come comportamenti a rischio sono tipici dell’adolescenza, e non devono essere scambiati per un disturbo di personalità. Tuttavia, la maggior parte di questi tratti o comportamenti non raggiungono un elevato grado di interferenza con la vita dell’adolescente.
- Anche se non si deve etichettare ogni comportamento come patologico, la diagnosi di DPB nell’adolescente deve essere effettuata al fine di dare la giusta importanza ad un trattamento psicoterapeutico che ha mostrato maggiore evidenza di efficacia [6].

## ...il lato positivo....

- Un intervento terapeutico precoce può evitare la cristallizzazione di comportamenti che possono avere gravi conseguenze sul comportamento, tenendo anche presente che nell'adolescente, a differenza di ciò che accade nell'adulto, i tratti personologici sono più malleabili[7].

# Quali sono i capisaldi del BPD?

Potremmo riassumere il BPD per semplicità con tre parole:

- Instabilità
- Vuoto
- Rabbia

All'interno di queste tre parole si colloca l'universo che ruota in chi ha questa struttura di personalità, e che spesso sfocia in alterazioni del comportamento che vediamo.



- Le persone con questo assetto di personalità di solito hanno anche elevate probabilità di soffrire di altre patologie come depressione, ansia, abuso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare, suicidio e autolesionismo.

<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder/index.shtml>

# BPD

Il Disturbo di Personalità Borderline (BPD) è una malattia mentale seria caratterizzata da instabilità mentale, comportamentale e relazionale. E' stato introdotto nel *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Third Edition*(DSM-III) come malattia categorizzabile per la prima volta

## *Perché viene definito “borderline”, cioè “di confine”?*

Poiché alcuni pazienti con forme particolarmente gravi hanno anche sfumature psicotiche (cioè di alterato giudizio di realtà), gli psichiatri inizialmente pensarono che il BPD fosse un disturbo “di confine o “borderline” fra la nevrosi e la psicosi. In realtà oggi gli esperti convengono che questo termine è fuorviante, tuttavia non si è ancora trovato un termine più appropriato per definire questo disturbo.

## *Segni e sintomi*

Un persistente pattern di comportamento che include almeno 5 dei seguenti sintomi:

- Reazioni estreme— che includono panico, depressione, rabbia, o azioni clastiche— ad un'abbandono reale o immaginario
- Un pattern di relazioni intense e turbolente con familiari, amici e conoscenti, che variano dall'estrema vicinanza e amore (iper idealizzazione) all'estrema disprezzo o rabbia (iper svalutazione)
- Immagine di sé distorta ed instabile, che può sfociare in improvvisi cambiamenti di umore, valori, obiettivi o piani per il futuro (come scelte per la scuola o lavoro)
- Comportamenti impulsivi o ad alto potenziale di rischio, come sesso non protetto, guidare in modo spericolato, abbuffate di cibo, abuso di droghe.
- Comportamenti di tipo auto lesivo (tagli) fino a tentativi di suicidio
- Umore altamente variabile, con episodi di oscillazione di umore da alcune ore a alcuni giorni,
- Sentimenti cronici di vuoto e noia.
- Pensieri di riferimento o ideazione paranoide sotto stress, fino a sintomi dissociativi, come sentirsi di aver perso il contatto con la realtà.

# Origine: da dove viene il disturbo borderline?

Focalizziamo il punto e spazziamo via  
i luoghi comuni: il BPD

- NON E' COLPA DEI GENITORI
- NON E' COLPA DEL PAZIENTE!

- La teoria più accreditata ritiene che il DPB sia il risultato della interazione fra il temperamento del paziente (geneticamente determinato) e il modo con cui è stato sviluppato l'attaccamento.
- Per attaccamento si intende tutto ciò che riguarda la formazione del legame specifico fra bambino e figura significativa (di solito- ma non esclusivamente!- il genitore).

Una delle teorie in proposito [ 8] vede in gioco una possibile vulnerabilità della coppia genitore-figlio ad un alterato attaccamento, e ciò risulterebbe in una scarsa o nulla capacità del figlio di regolare le emozioni. Da ciò nasce il BPD che, secondo questa visione, è un disturbo di alterata regolazione delle emozioni (in particolare della rabbia).

# Punti chiave del DPB

- Instabilità
  - dell'umore
  - dell'immagine di sé
  - delle relazioni
- Difficile gestione della rabbia - autolesionismo
- Paura dell'abbandono
- Sensazione di vuoto



# Instabilità

- **Il DPB è l'instabilità.** La scarsa stabilità riguarda non solo l'umore del paziente, ma anche le relazioni con i familiari, gli amici o i compagni di scuola che si caratterizzano per il rapido passaggio da momenti di **iperidealizzazione di una figura ad una rapida svalutazione.**
- Un altro elemento di instabilità è insito nell'immagine di sé: durante l'adolescenza è normale porsi domande riguardo alla propria identità (anche sessuale, o sull'orientamento sessuale), ma nel paziente con DPB è ancora più difficile trovare una strada definita nella visione di sé come individuo.
- La percezione di sé, dei propri valori, del rapporto con gli amici (e anche l'identità o l'orientamento sessuale) possono cambiare drasticamente e **nel DPB la confusione e il cambiamento sono continui e fuori controllo**

# La paura dell'abbandono

- Uno dei migliori criteri diagnostici per identificare il DPB negli adolescenti è **la paura dell'abbandono**[24].
- Una delle frasi che capita di sentire dagli adolescenti con DPB è che la cosa peggiore che gli possa capitare è di essere lasciati da soli, e , all'estremo opposto, questa paura porta i giovani (soprattutto le ragazze) a fare cose come spogliarsi di fronte ad una Web cam , o acconsentire ad essere riprese durante il sesso al solo scopo di non perdere un potenziale partner.
- All'estremo opposto, la paura dell'abbandono è così forte che questi pazienti possono arrivare ad rompere relazioni in anticipo per la paura di essere abbandonate

# Gestione della rabbia-autolesionismo

- La scarsa capacità di autogestire i propri sentimenti di rabbia spesso porta il paziente a comportamenti autodistruttivi e ad alto potenziale di rischio.
- Questi comportamenti possono variare all'interno di un ampio spettro :
  - Disinibizione sessuale,
  - promiscuità
  - uso di sostanze stupefacenti
  - guida pericolosa
  - comportamenti autolesivi (tagli, morsi, bruciature)
  - tentativi di suicidio.
- I comportamenti autolesivi rappresentano sicuramente un segnale di allarme e spavento per molti familiari dei pazienti.

# Perché i comportamenti autolesivi?

Difficile fornire un'unica spiegazione a questo tipo di comportamenti; nel corso degli anni sono stati proposti diversi modelli (psicodinamici, comportamentali e basati sulla regolazione delle emozioni); quello che più spesso il paziente dice è di sentirsi sollevato, rilassato, più disteso dopo un atto autolesivo, perchè questo gli permetterebbe di distrarsi dalla propria sofferenza, di interrompere i meccanismi di derealizzazione e di riconquistare un senso di controllo o di autopunizione su di sé.

Spesso possiamo individuare alla base fattori scatenanti l'episodio di autolesionismo, fra i cui i più frequenti sono un possibile abbandono o un distacco da una figura significativa.

Cosa si può fare?

Cercare di affrontare il  
“cammino” con un familiare  
con BPD.

# Psychiatric Management

- L'approccio psichiatrico è il fondamento del trattamento per tutti i pazienti con BPD.
- Il trattamento principale per il BPD è psicoterapico, coadiuvato da una terapia farmacologica volta a trattare i sintomi (ansia, depressione, derealizzazione).....
- Inoltre la gestione psichiatrica è costituita da un insieme di interventi e attività per tutti i pazienti (di gruppo, di psicoeducazione...), che siano continuativi e duraturi nel tempo.

[9, APA Guidelines]

# Quale tipo di psicoterapia?

- Secondo le APA Guidelines [9], la psicoterapia che più evidenze di funzionamento è la Dialectical Behavioral Therapy (DBT)
- I trattamenti standard di questo tipo possono essere individuali, di gruppo e finalizzati alla supervisione dei terapeuti che lavorano con BPD.

Secondo la American Psychiatric Association, la letteratura scientifica indica che le terapie di gruppo per pazienti con BPD in combinazione ad un approccio individuale possono fornire un valido supporto nel trattamento del disturbo.



## Gestire il BPD nel contesto familiare.

Avere un familiare con BPD in adolescenza può essere un evento di elevato impatto nel funzionamento familiare

- Occorre imparare a capire di quale tipo di supporto abbia bisogno il paziente
- Il paziente con BPD è spesso è anche una persona molto capace, ed in passato anche estremamente funzionante (sul piano scolastico, delle amicizie...); ciò implica che i familiari possono avere opinioni molto diverse su ciò che ci si può aspettare da quella persona.
- Tuttavia è fondamentale la omogeneità di vedute da parte dei membri della famiglia, e soprattutto da parte dei care givers.

# Fare cambiamenti in se stessi

- Così come al paziente con BPD viene chiesto, durante la psicoterapia, di iniziare ad affrontare cambiamenti nel proprio funzionamento, anche al familiare viene richiesto di monitorare le proprie emozioni e i propri schemi affettivi e cognitivi.
- Vedere i comportamenti come deliberatamente intenzionali ed offensivi può portare il familiare a regire; il vederli invece come mancanza di una abilità ( ad esempio di gestire le proprie emozioni) può aiutare a tollerare e ad affrontare correttamente alcuni atteggiamenti

# Prendersi cura di sè

- Per offrire un buon modello di salute emotiva, è necessario che le stesse persone che mirano ad essere supportive mantengano un buon modello di salute fisica e mentale. [11]

...per concludere...

## Gli otto assunti di base nel BPD (Linehan 1993)

1. I pazienti fanno il meglio che possono
2. I pazienti vogliono migliorare
3. I pazienti hanno bisogno di fare meglio, provare di èpiù ed essere maggiormente motivati al cambiamento
4. I pazienti possono non aver causato tutti i loro problemi, ma devono comunque risolverli
5. Le vite dei pazienti con BPD a rischio di suicidio sono insopportabili così come sono nell'attualità
6. I pazienti devono apprendere nuovi comportamenti in tutti i contesti rilevanti
7. I pazienti non possono non affrontare con successo la terapia
8. I terapeuti che trattano BPD hanno bisogno di supporto.

# Per saperne di più...

**J. G. Gunderson, P.D. Hoffman**

**Disturbo di personalità  
Borderline**

**Una guida per professionisti  
e familiari**

**Springer editore**



# Bibliografia

1. Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, Jackson HJ, McGorry PD. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Med J Aust.* 2007;187:s18-s21.
2. Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry.* 2007;68: 297-306.
3. Westen D, Shedler J, Durrett C, Glass S, Martens A. Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *Am J Psychiatry.* 2003;160:952-966.
4. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Personal Disord.* 2004;18:526-541.
5. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry.* 2007;62:553-564.
6. Paris J. Clinical trials of treatment for personality disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008;31:517-526.
7. Lenzenweger MF, Castro DD. Predicting change in borderline personality: using neurobehavioral systems indicators within an individual growth curve framework. *Dev Psychopathol.* 2005;17:1207-1237.
8. Fonagy P, Bateman A. The development of BPD – a mentalizing model. *J Personal Disord.* 2008;22:4-21.
9. **Practice Guideline For the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. WORK GROUP ON BORDERLINE PERSONALITY DISORDER, American Psychiatric Association, 2001.**
10. *Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry Marie-Pier Larrivée, Dialogues Clin Neurosci.* 2013;15:171-179.
11. **J. G. Gunderson, P.D. Hoffman Disturbo di personalità Borderline Una guida per professionisti e familiari Springer editore**

<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder/index.shtml>