

Percorso di Cura Disturbi Gravi di Personalità

Genova 3 dicembre 2014

Michele Sanza

Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche
e Salute nelle Carceri Regione Emilia Romagna

michele.sanza@auslromagna.it

Epidemiologia

- I Disturbi di Personalità sono condizioni molto diffuse nella popolazione generale e nei Servizi Sanitari
- Spesso esprimono una domanda di cura ai Servizi di Salute Mentale
- Sono frequenti le associazioni con altri disturbi mentali:
 - Disturbi affettivi
 - Disturbo da Uso di Sostanze
 - Disturbi del Comportamento Alimentare
 - Disturbo Post Traumatico da Stress

Torgensen et al, 2001

- La review di Torgensen del 2001 che confronta 10 studi di prevalenza nella popolazione generale dei DP:
- 13,5 % della pop. gen. presenta un DP
- Il Cluster B copre circa il 6 %
- Il Disturbo Borderline 1,24%

Table 1. The Prevalence (Percentage) of Personality Disorders in 10 Community Studies*

	Study, y										Totals	
	Drake et al, ^a 1998	Zimmerman et al, ^b 1989	Reich et al, ^c 1989	Black et al, ^d 1992	Maier et al, ^e 1992	Bodlund et al, ^f 1993	Samuels et al, ^g 1994	Moldin et al, ^h 1994	Klein et al, ⁱ 1995	Lenzenweger et al, ^j 1997	Median	Pooled
No. of participants	368	799	235	247	452	133	762	303	250	229	3786	3786
Location	Boston, Mass	Iowa	Iowa	Iowa	Mainz, Germany	Umeå, Sweden	Baltimore, Md	New York, NY	New York, NY	New York, NY		
Instrument	Clin Int DSM-III	SIDP DSM-III	PDO DSM-III	SIDP DSM-III	SCID-II DSM-III-R	SCID-screen DSM-III-R	Clin Int DSM-III	PDE DSM-III-R	PDE DSM-III-R	PDE DSM-III-R		
Personality disorder												
Paranoid	1.1	0.9	0.9	1.6	1.8	4.5	0.0	0.0	1.7	0.4	0.90 (0.0-4.5)	0.95
Schizoid	4.1	0.9	0.9	0.0	0.4	0.8	0.0	0.0	0.9	0.4	0.80 (0.0-4.1)	0.79
Schizotypal	2.4	2.9	5.1	3.2	0.7	0.0	0.1	0.7	0.0	0.0	0.70 (0.0-5.6)	1.53
Antisocial	0.8	3.3	0.4	0.8	0.2	0.8	1.5	2.6	2.2	0.8	0.80 (0.2-3.3)	1.61
Borderline	0.5	1.6	0.4	3.2	1.1	3.8	0.4	2.0	1.7	0.0	1.35 (0.0-4.6)	1.24
Histrionic	3.8	3.0	2.1	3.2	1.3	4.5	2.1	0.3	1.7	1.9	2.10 (0.3-4.5)	2.72
Narcissistic	3.5	0.0	0.4	0.0	0.0	5.3	0.0	0.0	3.9	1.2	0.20 (0.0-5.3)	0.87
Avoidant	1.6	1.3	0.0	2.0	1.1	3.8	0.0	0.7	5.2	0.4	1.20 (0.0-5.2)	1.22
Dependent	10.3	1.8	5.1	1.6	1.5	0.8	0.1	1.0	0.4	0.4	1.25 (0.4-10.3)	2.22
Obsessive-compulsive	0.5	2.0	6.4	9.3	2.2	4.5	1.7	0.7	2.6	0.0	2.10 (0.0-9.3)	2.32
Passive-aggressive	7.8	3.3	0.0	10.5	1.8	0.0	0.1	1.7	1.7	0.0	1.70 (0.0-10.5)	2.59
Self-defeating	...	...	...	...	...	0.8	...	...	...	0.0	0.4 (0.0-0.8)	0.26
Sadistic	...	...	...	...	...	...	...	...	...	0.0	0.0 (0.0-0.8)	0.0
Any PD	22.5	17.9	11.1	22.5	10.0	18.8	5.9	7.3	14.8	6.7	14.50 (5.9-22.5)	13.50

Lo studio di Coid, 2006

- Lo studio di Coid (2006) su 626 persone di età 16 - 74 in England, Scotland e Wales riporta:
- Cluster B 1,2%
- Borderline 0,7%
- Antisociale 0,6%
- Totale DP di Personalità (specificati) 6,7%
- Disturbi di Personalità non specificati 5,7%
- Totale DP 12,4%

Table 3 Prevalence of personality disorder from clinical interviews, according to gender

Personality disorder	Male		Female		Total	
	<i>n</i>	Weighted prevalence % (95% CI)	<i>n</i>	Weighted prevalence % (95% CI)	<i>n</i>	Weighted prevalence % (95% CI)
Paranoid	9	1.2 (0.4–3.1)	6	0.3 (0.1–1.0)	15	0.7 (0.3–1.7)
Schizoid	5	0.9 (0.3–2.6)	2	0.8 (0.2–3.5)	7	0.8 (0.3–1.7)
Schizotypal	1	0.02 (0.0–0.1)	1	0.1 (0.03–0.3)	4	0.06 (0.02–0.2)
Cluster A	13	2.0 (0.9–4.2)	10	1.1 (0.4–3.3)	23	1.6 (0.8–2.9)
Antisocial	11	1.0 (0.5–2.1)	3	0.2 (0.05–0.7)	14	0.6 (0.3–1.1)
Borderline	9	1.0 (0.3–3.2)	7	0.4 (0.2–1.1)	16	0.7 (0.3–1.7)
Cluster B ¹	19	2.0 (1.0–3.9)	8	0.5 (0.2–1.2)	27	1.2 (0.7–2.2)
Avoidant	9	1.0 (0.3–2.8)	12	0.7 (0.3–1.8)	21	0.8 (0.4–1.7)
Dependent	2	0.2 (0.04–1.0)	1	0.02 (0.0–0.2)	3	0.1 (0.03–0.5)
Obsessive–compulsive	7	2.6 (1.0–6.6)	6	1.3 (0.3–5.6)	13	1.9 (0.9–4.3)
Cluster C	16	3.2 (1.5–7.0)	18	2.0 (0.7–5.4)	34	2.6 (1.4–4.8)
Any personality disorder	36	5.4 (3.2–9.1)	31	3.4 (1.7–6.7)	67	4.4 (2.9–6.7)
Personality disorder unspecified ²	14	4.8 (2.3–7.3)	20	6.6 (3.8–9.4)	34	5.7 (3.8–7.6)

1. There was no histrionic or narcissistic personality disorder in the sample.

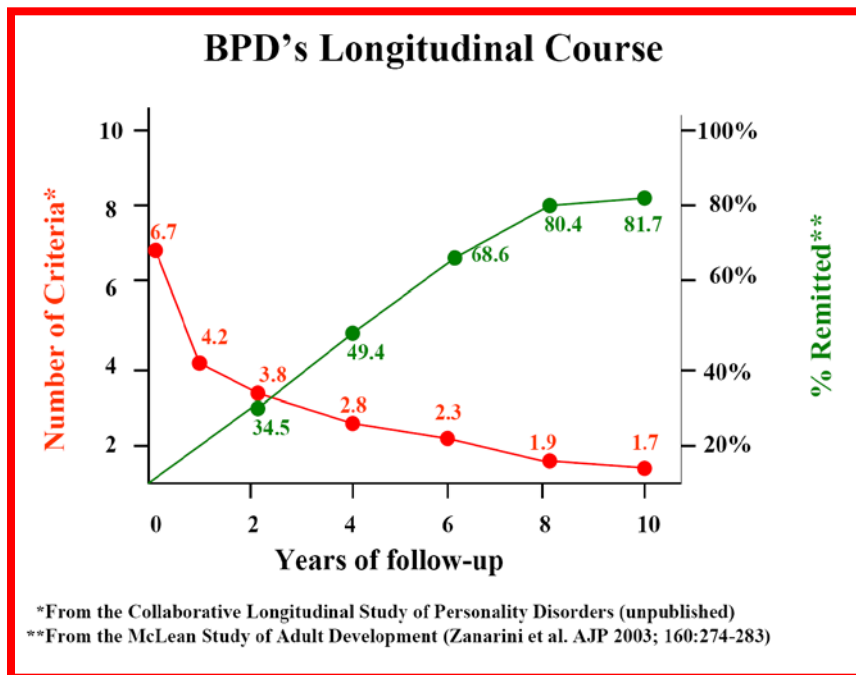
2. Fulfills 10 or more personality disorder criteria but not diagnosis of any specific disorder.

Prevalenza e sviluppo nell' arco biografico del DBP

- Varia tra 0,7% (Norvegia) e 1-8% (Stati Uniti);
- Questa diagnosi rappresenta il 20% dei ricoveri ed è predominante tra le donne (75% dei ricoveri);
- I primi sintomi del DBP di esordiscono precocemente durante l' adolescenza;
- La prognosi è decisamente migliore di altri disturbi ad evoluzione severa (come la schizofrenia e il disturbo bipolare);
- In uno studio prospettico di 10 anni (Zanarini et coll, 2006) hanno riscontrato la persistenza della diagnosi nel: 32% dopo 4 anni; 25% dopo 6 anni; 12% dopo 10 anni.

Collaborative Longitudinal PD Study (Skodol, 2005)

- 688 pz. con PDs, di cui 158 BPD, studiati per 10 anni
- Gli studi prospettici mostrano che il numero dei criteri diagnostici soddisfatti dopo due anni è incompatibile con la diagnosi DSM IV;
- La remissione dei sintomi è selettiva:
 - L' Instabilità affettiva è il più stabile dei criteri del BPD seguito da rabbia intensa e inappropriata.



Recovery from BPD

- Studio del 2010
- N= 290 pazienti con BPD
- Valutati con strumenti standardizzati ogni due anni per un intervallo complessivo di 10 anni.

Article

Time to Attainment of Recovery From Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-year Prospective Follow-Up Study

Mary C. Zanarini, Ed.D.

Frances R. Frankenburg, M.D.

D. Bradford Reich, M.D.

Garrett Fitzmaurice, Sc.D.

Objective: The purposes of this study were to determine time to attainment of recovery from borderline personality disorder and to assess the stability of recovery.

Method: A total of 290 inpatients who met both DSM-III-R and Revised Diagnostic Interview for Borderlines criteria for borderline personality disorder were assessed during their index admission using a series of semistructured interviews and self-report measures. The same instruments were readministered every 2 years for 10 years.

Results: Over the study period, 50% of participants achieved recovery from borderline personality disorder, which was defined as remission of symptoms and having good social and vocational

functioning during the previous 2 years. Overall, 93% of participants attained a remission of symptoms lasting at least 2 years, and 86% attained a sustained remission lasting at least 4 years. Of those who achieved recovery, 34% lost their recovery. Of those who achieved a 2-year remission of symptoms, 30% had a symptomatic recurrence, and of those who achieved a sustained remission, only 15% experienced a recurrence.

Conclusions: Taken together, the results of this study suggest that recovery from borderline personality disorder, with both symptomatic remission and good psychosocial functioning, seems difficult for many patients to attain. The results also suggest that once attained, such a recovery is relatively stable over time.

(Am J Psychiatry 2010; 167:663-667)

Decorso

- La maggioranza dei casi mostra i sintomi fin dall'adolescenza sebbene il contatto con i servizi possa essere solo tardivo;
- L'esito di coloro che abbiano ricevuto un trattamento è migliore di quanto di riteneva in passato: almeno il 50% dei casi migliora dopo 5-10 anni al punto da non soddisfare più i criteri diagnostici (Zanarini *et al.*, 2003);
- Non è noto quanto questo risultato sia ascrivibile al trattamento, o si accompagni spontaneamente alla maturazione e all'autoriflessione.
- La maggioranza dei casi (di DBP) dopo un decennio non soddisfa più i criteri per il disturbo;

Un problema di Salute della Popolazione

- Il Disturbo Borderline di Personalità è correlato con:
 - Elevate sofferenze individuali
 - Rischi per la salute connessi dovuti all' impulsività cognitiva e comportamentale;
 - Comorbilità con altre patologie psichiatriche
 - Suicidio (il 10% dei BPD);
 - Abuso di sostanze (57% dei BPD)
 - Malattie sessualmente trasmesse;
 - Traumatismi (da conflitti, Incidentalità)
- Massiccio assorbimento di risorse sanitarie spesso inappropriate

Definizione dei DGP

- 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**;
- **Prevalente criticità nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento globale**, che determinano una significativa riduzione della capacità di adattamento al ruolo sociale;
- **Frequente comorbidità con patologie di Asse I.**

La questione del comportamento dirompente

- Le condotte abnormi sono **solo un aspetto dei DGP**, che, **in assenza di alterazioni psicopatologiche descrivibili non hanno valore diagnostico**;
- L'ambito dei Disturbi di Personalità Gravi è stato ricondotto alle categorie diagnostiche del cluster B del DSM – IV TR, o gruppo dell'impulsività con l'esclusione del Disturbo Antisociale .



L' accesso ai Servizi e ai percorsi appropriati

- I Disturbi Gravi di Personalità sono condizioni critiche di salute mentale con un forte impatto sociale al quale si contrappone una reale difficoltà nell'accesso ai servizi e alla fruibilità di trattamenti adeguati;
- Quest'ultimo aspetto richiama l' importanza di una revisione delle attuali pratiche terapeutiche, finalizzata a favorire l' accesso di pazienti, spesso confinati ai margini dell'attività dei servizi.

1. Configurazione dei Servizi: il modello della Stepped Care

- La **Stepped Care** raccomanda di offrire l'intervento meno invasivo e meno costoso per la domanda di salute posta a livello individuale (Davison, 2000).
- Il **modello di Cura delle cronicità** richiede cooperazione e sinergie tra i livelli primario e secondario dei servizi.



A review and discussion of psychological therapies and interventions delivered within stepped care service models

Anne Joice, Laura Freeman, Laura Toplis, Geraldine Bienkowski

Full section 1 report with references and appendixes

NHS Education for Scotland
January 2010

Information systems, referral criteria and patient pathways subgroup – January 2011

1

2. Transizioni dall'Adolescenza: Accesso

- Si evidenzia la necessità di ampliare il percorso di diagnosi, cura ed eventuale passaggio alla Psichiatria adulti possibili precursori di DP:
 - Si suggeriscono i seguenti codici ICD-10:
 - F92 disturbi misti della condotta e delle emozioni
 - F90.1 disturbo ipercinetico della condotta
 - F91.1 disturbo della condotta con ridotta socializzazione
 - F91.3 disturbo oppositivo provocatorio

- Estendere la valutazione diagnostica ai tratti di personalità con un approccio di tipo dimensionale;
- Per la costruzione di una rete di servizi qualificata è importante la collaborazione con i servizi che a vario titolo si occupano di adolescenti (Spazi Giovani, Consultori, Medici di Medicina Generale, Scuola, ecc.).

3. Il contratto e il progetto terapeutico

- Il progetto deve essere condiviso da equipe curante e utente.
- Il **Contratto** da evidenza formale al progetto terapeutico e deve contenere:
 - la diagnosi categoriale;
 - la diagnosi funzionale;
 - Le modalità degli interventi psicoterapici;
- Gli obiettivi, la durata del progetto i tempi di verifica, gli operatori di riferimento.

Il Contratto Terapeutico

- la descrizione degli obiettivi di cura (di lungo e medio termine);
- le competenze attivate dall'equipe;
- le competenze richieste all'utente (e alla sua famiglia);
- le condizioni specifiche che possono orientare verso un passaggio di setting (inteso sia come modalità operativa che come servizio);
- I comportamenti non negoziabili
- il piano di gestione delle crisi



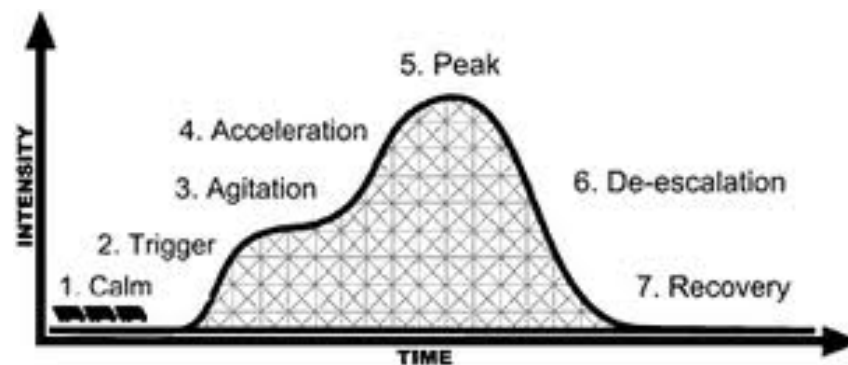
L'empowerment: tra motivazione e tutela

- Il contratto non risolve la questione dei comportamenti distruttivi ma fornisce nuovi strumenti ai clinici.
- Nell'ottica della definizione di compiti e obv limitati si profila la possibilità di uscire dalla strettoia della medicina difensiva.



4. La gestione delle Crisi

- Quando una persona con un Disturbo Grave di Personalità presenta una condizione di crisi, occorre fare riferimento al piano di gestione precedentemente redatto e sottoscritto per l'individuazione di soluzioni centrate sull'empowerment.



Il Piano di Gestione della Crisi

- Risulta di fondamentale importanza per affrontare le crisi di pazienti in trattamento per DGP la predisposizione al momento del contratto di un **piano di gestione della crisi** che deve essere orientato a:
 - **Promuovere le capacità di autogestione e le strategie di coping più adeguate**
 - **Attraverso un approccio empowering**
- il Piano deve essere
 - Condiviso con il paziente
 - Eventualmente consultabile da tutti gli operatori che potrebbero intervenire nel corso del trattamento

6. Procedure Diagnostiche

- CSM, SERT e NPIA devono offrire una valutazione accurata del disturbo di personalità, con l'ausilio di strumenti di screening o metodologie facilmente utilizzabili nel setting della pratica clinica quotidiana;
- La valutazione è orientata primariamente sugli aspetti psicologici e sociali del disturbo di personalità e a descrivere il funzionamento del paziente.

Aree di indagine della diagnosi funzionale

- Funzionamento lavorativo e psicosociale, strategie di adattamento, punti di forza e vulnerabilità;
- Disturbi mentali comorbidi e problematiche di tipo sociale;
- Necessità di trattamento psicologico, supporto e assistenza sociale, riabilitazione occupazionale;
- I bisogni di eventuali figli, coniuge, o altri parenti prossimi del paziente.

Strumenti standardizzati per la diagnosi

- Nell'ambito del Trattamento Complesso, che prevede una fase di assessment standardizzato, si prevede l'uso dei seguenti strumenti:
 - SCID II per la diagnosi categoriale di Disturbo di personalità;
 - E' altresì indicato l'impiego della SCID I per i casi di possibile comorbidità con Disturbi di Asse I;
 - BPDCL (Borderline Personality Disorder Check list)
 - GAF (Global Assessment of Functioning)

- Ai fini della valutazione di esito sono suggeriti ulteriori approfondimenti delle caratteristiche cliniche mediante i seguenti strumenti:
 - BIS-11 (Scala i Barratt per la valutazione dell'impulsività)
 - DSHI (valutazione dell'autolesionismo)
 - DERS (valutazione della disregolazione emotiva)
 - DES (valutazione della frequenza di sintomi dissociativi)
 - AQ (valutazione della tendenza all'aggressività)

6. Trattamenti farmacologici

- Il trattamento farmacologico non costituisce il trattamento di elezione per i DGP, in assenza di diagnosi di Asse I.
- Il trattamento farmacologico dei DGP deve essere riservato ai casi che presentano altri disturbi mentali in comorbidità
- In queste situazioni l'uso dei farmaci dovrebbe essere di breve durata (minimo tempo necessario);
- I farmaci antipsicotici non dovrebbero essere usati nel trattamento a medio - lungo termine dei DGP.

7. Trattamento psicoterapeutico

- I servizi che offrono trattamenti psicologici a persone con DGP, devono avere le seguenti caratteristiche :
 - Aver sviluppato un contesto professionale favorente la motivazione;
 - strutturare un approccio di trattamento di servizio preliminare alla psicoterapia manualizzata
 - Aver definito un modello teorico di riferimento esplicito ed integrato;
 - Prevedere una supervisione per l'equipe.



Quando si offre la psicoterapia occorre valutare

- Il livello di motivazione della persona a cambiare la propria condizione psicologica e comportamentale;
- La scelta e la preferenza della persona;
- Il livello di disfunzionalità e la gravità del disturbo;
- Il desiderio della persona di intraprendere una terapia e la motivazione al cambiamento;
- La capacità della persona di rimanere all'interno dei confini di una relazione terapeutica;
- La disponibilità di un supporto professionale.

La psicoterapia nei servizi

- Modello di equipe;
- Funzioni di contenimento e coerenza per favorire i processi di mentalizzazione;
- Ricostruzione narrativa attiva nella memoria del servizio;
- Empatia (relazione basata su ottimismo e fiducia).



8. Interventi sull'equipe: la formazione

Formazione

- La formazione è orientata a generare una nuova consapevolezza negli operatori sulle caratteristiche dei DP;
- La formazione deve diffondere le competenze necessarie per i trattamenti efficaci e i valori e i principi di riferimento di queste Linee di Indirizzo.

Supervisione

- **tecnica**, finalizzata alla acquisizione alla manutenzione delle competenze tecniche specialistiche;
- **di Equipe**, finalizzata a rendere omogenee e coerenti le azioni dei singoli professionisti e gestire le manifestazioni controtransferali che interferiscono con il trattamento.

Supervisione di equipe

- Modello della Supervisione “crociata” tra DSM DP limitrofi;
 - Individuazione di un pool di esperti
 - Formazione comune
 - Definizione di un modello regionale

Conclusioni

- I Disturbi di Personalità sono una nuova sfida per la Psichiatria di Comunità, ma anche una straordinaria occasione di aggiornamento delle pratiche terapeutiche dei Servizi.