



CENTRO STUDI SEA

ISSN 2240-7596

AMMENTU

**Bollettino Storico, Archivistico e
Consolare del Mediterraneo (ABSAC)**

N. 4

gennaio - giugno 2014

www.centrostudisea.it/ammentu/

Direzione

Martino CONTU (direttore), Giampaolo ATZEI, Manuela GARAU.

Comitato di redazione

Lucia CAPUZZI, Maria Grazia CUGUSI, Lorenzo DI BIASE, Maria Luisa GENTILESCHI, Antoni MARIMÓN RIUTORT, Francesca MAZZUZI, Roberta MURRONI, Carlo PILLAI, Domenico RIPA, Maria Elena SEU, Maria Angel SEGOVIA MARTI, Frank THEMA, Dante TURCATTI, Maria Eugenia VENERI, Antoni VIVES REUS, Franca ZANDA

Comitato scientifico

Nunziatella ALESSANDRINI, Universidade Nova de Lisboa/Universidade dos Açores (Portogallo); Pasquale AMATO, Università di Messina - Università per stranieri "Dante Alighieri" di Reggio Calabria (Italia); Juan Andrés BRESCIANI, Universidad de la República (Uruguay); Margarita CARRIQUIRY, Universidad Católica del Uruguay (Uruguay); Giuseppe DONEDDU, Università di Sassari (Italia); Luciano GALLINARI, Istituto di Storia dell'Europa Mediterranea del CNR (Italia); Elda GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Spagna); Antoine-Marie GRAZIANI, Università di Corsica Pasquale Paoli - Institut Universitaire de France, Paris (Francia); Rosa Maria GRILLO, Università di Salerno (Italia); Victor MALLIA MILANES, University of Malta (Malta); Roberto MORESCO, Società Ligure di Storia Patria di Genova (Italia); Carolina MUÑOZ-GUZMÁN, Universidad Católica de Chile (Chile); Fabrizio PANZERA, Archivio di Stato di Bellinzona (Svizzera); Roberto PORRÀ, Soprintendenza Archivistica della Sardegna (Italia); Didier REY, Università di Corsica Pasquale Paoli (Francia), Sebastià SERRA BUSQUETS, Universidad de las Islas Baleares (Spagna); Cecilia TASCA, Università di Cagliari (Italia)

Comitato di lettura

La Direzione di AMMENTU sottopone a valutazione (referee), in forma anonima, tutti i contributi ricevuti per la pubblicazione.

Responsabile del sito

Stefano ORRÙ

AMMENTU - Bollettino Storico, Archivistico e Consolare del Mediterraneo (ABSAC)

Periodico semestrale pubblicato dal Centro Studi SEA di Villacidro.

Registrazione presso il Tribunale di Cagliari n° 16 del 14 settembre 2011.

ISSN 2240-7596 [online]

c/o Centro Studi SEA

Via Su Coddu de Is Abis, 35

09039 Villacidro (VS) [ITALY]

SITO WEB: www.centrostudisea.it

E-MAIL DELLA RIVISTA: ammentu@centrostudisea.it

Sommario

Presentazione	1
Presentation	3
Présentation	5
Presentación	7
Apresentação	9
Presentació	11
Presentada	13
DOSSIER	
Salute pubblica e salute mentale nel Medio Campidano (Sardegna) tra XIX e XXI secolo	15
a cura di Alessandro Coni e Martino Contu	
– ALESSANDRO CONI, MARTINO CONTU Introduzione	17
– GIAMPAOLO ATZEI, MARTINO CONTU La Provincia del Medio Campidano: inquadramento generale e andamento demografico	21
– MARTINO CONTU La Provincia del Medio Campidano: situazione socio-economica dal secondo dopoguerra a oggi	37
– MARTINO CONTU L’assistenza agli ammalati di mente in Sardegna e nell’area del Medio Campidano tra XIX e XX secolo	48
– GUGLIELMINA ORTU Dall’assistenza legale all’assistenza sanitaria locale. Breve <i>excursus</i> delle riforme del sistema sanitario nazionale e regionale con specifico riferimento al caso Sardegna	62
– MARTINO CONTU, COSTANZO FRAU I pazienti trattati nella sede di San Gavino Monreale del Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 di Sanluri nell’anno 2011. Analisi dei dati socio-demografici e delle diagnosi	70
– IVANO LOCCI Le certificazioni psichiatriche rilasciate dalla sede di Sanluri del Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 nell’anno 2011. Analisi delle diagnosi	85
– COSTANZO FRAU La diagnosi psichiatrica nel Medio Campidano: analisi della psicosi secondo il nuovo paradigma basato sul trauma e sulla dissociazione	91
– ROBERTA CAPPAL I trattamenti sanitari obbligatori e volontari effettuati dal Centro di Salute Mentale della ASL n. 6 di Sanluri nel periodo 1992-2011. Analisi descrittiva	111
– ALESSANDRO CONI, COSTANZO FRAU Ricoveri ospedalieri e disturbo borderline di personalità nel Centro di Salute Mentale di Sanluri	138
– MANUELA PIANO, MICHELA TUVERI I centri residenziali e semiresidenziali di terapie psichiatriche. Analisi delle strutture che operano nella ASL n. 6 (2006-2010)	150
– GIANFRANCO CARBONI, ALDO CASADIO Lo stato di salute della popolazione carceraria detenuta nella Casa di Reclusione “Is Arenas” (Arbus) nel biennio 2011-2012	178

FOCUS	
Famílias modernas en América Latina	209
bajo la dirección de Carolina Muñoz-Guzmán	
– CAROLINA MUÑOZ-GUZMÁN Introducción	209
– CARLA FLORES FIGUEROA Obstáculos para el abordaje de familias con necesidades complejas en el sistema de salud de atención primaria en la región de Maule, Chile	211
– RAYEN CORNEJO TORRES La dimensión simbólica como estrategia de reproducción de jerarquización social, una herencia del periodo colonial	221
– LILIANA GUERRA ABURTO La familia como transmisora del sistema sexo-género	230
– MARICELA GONZÁLEZ MOYA <i>Inside Home</i> . La visita domiciliaria de trabajadores sociales como estrategia de vinculación entre orden institucional y familia. Chile, 1925-1940	241
– ISKRA PAVEZ SOTO, KATHERINE LEWIN Infancia e inmigración en Chile: hacia un estado del arte	254
– CAROLINA MUÑOZ-GUZMÁN Child protection in Chile: towards a rights' perspective	268
FOCUS	
Profili di antifascisti repubblicani, socialisti e democristiani e di pentecostali sardi perseguitati dal regime del duce	279
a cura di Lorenzo Di Biase	
– LORENZO DI BIASE Introduzione	281
– IMMACOLATA CINUS La storia di tre antifascisti del centro minerario di Guspini: i repubblicani Ettore Manis e Luigi Murgia e il socialista Eugenio Massa	283
– EMANUELA LOCCI Giorgio Mastino Del Rio: dalla resistenza romana all'attività politica nelle file della Democrazia Cristiana	304
– LORENZO DI BIASE La persecuzione pentecostale durante il fascismo. Il caso dei cinque "tremolanti" sardi perseguitati dal regime	315
Ringraziamenti	347

Ricoveri ospedalieri e disturbo borderline di personalità nel Centro di Salute Mentale di Sanluri¹

Alessandro CONI

ASL di Sanluri

Costanzo FRAU

Studio di Psicologia Cognitiva e Comportamentale (Cagliari)

Self-Mirroring Therapy Institute (Genova)

Abstract

Patients with a diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) are characterized by intense emotions, unstable interpersonal relationships and self-destructive acting out. It is mainly the latter that makes their treatment complicated. These individuals are hospitalized with a very high frequency, particularly when the therapy which they follow is not structured to reduce their acting out. When evidence-based psychotherapeutic models are not followed in the treatment of Borderline Personality Disorder patients get into the vicious cycle of admissions, resulting in a negative prognosis and also representing a huge cost for the public health system.

Keywords

Borderline Personality Disorder, hospital admissions, Sanluri's Mental Health Center

Riassunto

I pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (DBP) sono caratterizzati da intense emozioni, relazioni interpersonali instabili e agiti autolesivi. Sono soprattutto questi ultimi che rendono la loro terapia complicata. Questi soggetti vengono ricoverati con una frequenza molto alta, in particolar modo quando la terapia che seguono non è strutturata in modo da avere come primo obiettivo proprio una loro riduzione. Non seguire i modelli psicoterapici evidence-based nel trattamento del Disturbo Borderline di Personalità fa sì che questi pazienti entrino nel circolo vizioso dei ricoveri, rendendo infausta la loro prognosi e rappresentando un costo altissimo per la salute pubblica.

Parole chiave

Disturbo Borderline di Personalità, ricoveri ospedalieri, Centro Salute Mentale di Sanluri

1. Introduzione

La diagnosi di disturbo borderline ha rappresentato originariamente l'oggetto di discussione tra discipline molto lontane tra loro nel trattamento: la psicoterapia e la psichiatria. Collocandosi in una terra di confine tra le nevrosi e le psicosi e non rispondendo bene né alle psicoterapie né agli psicofarmaci, questo disturbo ha costretto gli specialisti a spingersi oltre i confini della propria disciplina e a confrontare il proprio modello teorico di riferimento.

Nella nosografia psichiatrica di un secolo fa si poneva attenzione prevalentemente alle due tipologie di psicosi: la schizofrenia, al tempo definita "dementia praecox", e la psicosi maniaco-depressiva. Con la diffusione della pratica ambulatoriale si prestò maggiore attenzione alle forme di comportamento anormale che si potevano collocare a metà strada tra la normalità e la follia: è proprio in questo periodo che nasce il concetto di *borderline*². Gli psichiatri iniziarono ad utilizzare sempre più

¹ Il paragrafo 1 è di Alessandro Coni, mentre i paragrafi 2, 3, 4 e 5 sono di Costanzo Frau.

² PAOLO MIGONE, *Evoluzione storica del concetto di "borderline"*, estratto da «Il Ruolo Terapeutico», 55, 1990, pp. 30-34.

questo termine per descrivere degli aspetti patologici che si differenziavano dalle psicosi classiche o che assumevano una forma più attenuata. Tra il gruppo di ricercatori che contribuì in modo importante alla diffusione del termine *borderline* ci furono Stern³, Knight e Grinker. Knight⁴ fu il primo a concepirlo come un'entità nosografica abbastanza autonoma. Verso la fine degli anni sessanta grazie alle ricerche di Grinker⁵ e altri, i quali definirono dei criteri diagnostici basati su comportamenti osservabili, il disturbo *borderline* di personalità raggiunse un'identità propria.

Negli anni settanta l'interesse per questo disturbo ruota intorno a due posizioni. Da una parte Kernberg definisce l'*organizzazione borderline di personalità* come una modalità di funzionamento essenzialmente intrapsichica, specifica e stabile nel tempo, non definita come un preciso quadro sintomatologico. Dall'altra John Gunderson⁶, riprendendo il lavoro di Grinker, definì gli aspetti fenomenologico-descrittivi che influirono sulle ricerche successive e divennero la base per la diagnosi descritta dal DSM-III. Il sistema di Gunderson rispetto a quello di Kernberg era soggetto a meno inferenze, più attendibile e utilizzabile anche da operatori privi di training psicoanalitico. Nel lavoro di ricerca per la stesura del DSM-III⁷ Spitzer e la sua Task Force lavorarono per una diagnosi di disturbo *borderline* che fosse valida, attendibile e utilizzabile dai diversi professionisti. Essa fu inserita nell'asse II all'interno dei disturbi di personalità. Per non rompere con la tradizione storica che concepiva il *borderline* come vicino alla schizofrenia, gli autori definirono dei criteri diagnostici che comprendevano sia le caratteristiche "schizotipiche", sia quelle indicate da Gunderson e Kernberg. Da questi criteri Spitzer isolò due diverse diagnosi: il *borderline schizotipico* e il *borderline instabile*. La prima perse la connotazione di "borderline" e divenne nel DSM-III il Disturbo Schizotipico di Personalità mentre la seconda divenne semplicemente la "personalità *borderline*"⁸. I suoi otto criteri diagnostici, derivati dagli studi di Gunderson e Kernberg, rimasero invariati nell'edizione del DSM-III-R. Per poter diagnosticare questo disturbo di personalità dovevano essere soddisfatti almeno cinque degli otto criteri definiti dal manuale. Nella versione del DSM-IV i criteri diagnostici passarono da otto a nove. Fu introdotto il nono criterio riguardante l'ideazione paranoide e i sintomi dissociativi legati allo stress⁹.

2. I criteri diagnostici del Disturbo Borderline di Personalità

Le caratteristiche essenziali del Disturbo Borderline di Personalità sono una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'autostima e dell'umore, e una marcata impulsività, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti¹⁰.

³ A. STERN, *Psychoanalytic investigations and therapy in the borderline group of neuroses*, in «*Psychoanal.*», Q, 7, 1938, pp. 467-489.

⁴ Cfr. R.P. KNIGHT, *Borderline states*, in «*Clinician and Therapist*», Selected Papers of Robert P. Knight, Basic Books, New York 1972, pp. 208-223.

⁵ R.R. GRINKER, B. WERBLE, R.C. DYRE, *The Borderline Syndrome*, Basic Books, New York 1968.

⁶ G. GUNDERSON, J.T. SINGER, *Defining borderline patients*, in «*Am J Psychiatry*», 132, 1975, pp. 1-10.

⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3th ed., American Psychiatric Association, Washington (DC) 1980.

⁸ MIGONE, *Evoluzione storica del concetto di "borderline"*, cit., pp. 30-34.

⁹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., American Psychiatric Association, Washington (DC) 1994.

¹⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, text-revision (4th ed.), American Psychiatric Association, Washington (DC) 2000.

I nove criteri diagnostici rappresentano il risultato del lavoro di diversi filoni di studio che si sono interessati a questa patologia. Il criterio 1 “sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono” deriva da una tradizione psicodinamica vicino alla psicologia del Sé. L’esponente attuale di questa tradizione è John Gunderson, psichiatra che ha contribuito alla definizione delle linee guida dell’American Psychiatric Association (APA) per questo disturbo. Il criterio 2 “un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall’alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione”, il criterio 3 “alterazione dell’identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili” sono il risultato degli studi di Otto Kernberg. Questo autore ci dice che il meccanismo fondamentale di difesa del border è lo “splitting”, per cui questi pazienti oscillerebbero tra rappresentazioni idealizzate e negative di sé senza la capacità di integrarle¹¹. Il criterio 4 “impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate” è influenzato dagli studi della psichiatria biologica, la quale considera il borderline un disturbo da discontrollo degli impulsi. “Le ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamenti automutilanti” (criterio 5) è collegato al precedente e dipende dal deficit a livello dell’impulsività.

Il criterio 6 “instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell’umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni), il criterio 7 “sentimenti cronici di vuoto” (il quale potrebbe essere considerato un sintomo riguardante l’identità) e il criterio 8 “rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici) rientrano nel quadro dell’affettività. Infine il criterio 9 “ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress” si rifà alla tradizione di studio sul trauma e la dissociazione. Tra i diversi studi epidemiologici, alcuni hanno dimostrato come dal 70 al 90% dei pazienti con disturbo borderline di personalità provenga da storie infantili di abuso sessuale e maltrattamento¹².

È evidente come questo disturbo di personalità presenti al suo interno un insieme di sintomi eterogenei. Possiamo ritrovarci il disturbo dell’umore, il disturbo da discontrollo degli impulsi, il disturbo dell’identità e delle relazioni e quello del pensiero e della coscienza. Il quadro clinico risulta instabile. Ci si può trovare di fronte a due pazienti con disturbo borderline, i quali condividono solo un criterio dei cinque necessari per poter fare questa diagnosi.

La letteratura scientifica mostra come i sintomi più rappresentati in questa popolazione clinica sono quelli correlati all’identità e alle relazioni interpersonali, seguono quelli riguardanti l’affettività; infine verrebbero i sintomi collegati all’impulsività¹³.

Se si prende in considerazione la popolazione di pazienti ricoverati i sintomi più frequenti sono invece i comportamenti e i gesti suicidari, l’ideazione paranoide e i

¹¹ OTTO FRIEDMANN KERNBERG, JOHN F. CLARKIN, *The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy*, in «Journal of Clinical Psychology», 62, Issue 4, 2006, pp. 481-501.

¹² K.L. LEWIS, B.F. GREYER, *Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy*, in «Harvard Review of Psychiatry», 17, 2009, pp. 322-328.

¹³ ANDREA FOSSATI, CESARE MAFFEI, *Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria*, in «Compr. Psychiatry», 40 (1), 1999 Jan-Feb, pp. 72-79; M. JOHANSEN, *An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct*, in «Acta Psychiatr Scand.», 109 (4), 2004 Apr., pp. 289-298.

sintomi dissociativi. Seguono il disturbo dell'identità e delle relazioni e tutti gli altri sintomi¹⁴.

Clarkins riprende la suddivisione dei criteri diagnostici delle diverse ricerche inserendoli in 3 clusters in funzione dell'utilità clinica:

- a. cluster dell'identità (disturbo dell'identità, instabilità nelle relazioni interpersonali, sentimenti di vuoto o noia);
- b. cluster affettivo (instabilità affettiva, rabbia intensa e immotivata);
- c. cluster impulsivo (impulsività in aree pericolose, comportamenti suicidari, comportamenti autolesivi).

In base a questa suddivisione si procede ad una strutturazione differente nell'intervento clinico. Le linee guida dell'American Psychiatric Association (APA) stabiliscono che di fronte ad una maggiore gravità, conseguente alla presenza dei sintomi di tutti e tre i cluster, si proceda con un'alta strutturazione del trattamento. Questa prevede la combinazione di diversi interventi: psicoterapia individuale, terapia farmacologica, trattamento di gruppo ed eventuale *case management*.

I trattamenti evidence-based per il trattamento del disturbo borderline di personalità sono 4: la psicoterapia dialettico-comportamentale (DBT) di Marsha Linehan, la psicoterapia basata sulla mentalizzazione di Bateman e Fonagy, la terapia focalizzata sul transfert (TFP) di Clarking e Kernberg e la schema-focused therapy (SFT) di Jeffrey Young.

3. Il disturbo borderline e i comportamenti parasuicidari

Ciò che maggiormente riceve attenzione nel DBP sono i comportamenti autolesivi e il potenziale suicidario. Mentre l'8-10% dei soggetti borderline compiono un suicidio, l'ideazione suicidaria (pensieri o fantasie rispetto al suicidio) ha una frequenza molto più alta in questa popolazione clinica.

Possiamo distinguere il tentativo di suicidio reale dal tentativo di suicidio dimostrativo. Il primo, caratteristico dei pazienti con depressione, è secondario al tono dell'umore. Il paziente desidera morire, pianifica e tenta di farlo. Il suo obiettivo è quello di porre termine alla propria vita, annullare il proprio io, con la sua individualità e i propri affetti. L'idea suicidaria ha una piena nozione della morte, di un obiettivo finale da raggiungere per porre fine alla proprio io. Diverso è il secondo caso, più caratteristico del paziente con disturbo borderline di personalità. Siamo di fronte ad un senso d'identità debole, frammentata, in cui la nozione fondamentale di io non è ben salda. Questo fa sì che essi siano tutti comportamenti parasuicidari, privi della piena consapevolezza di voler morire.

Da una parte si osservano gli atti parasuicidari che potremmo definire "terapeutici", in cui il paziente cerca in tutti i modi di porre fine ad uno stato doloroso, una sensazione diventata insopportabile. Dall'altra si possono riscontrare tentativi di suicidio che avvengono in uno stato alterato di coscienza, durante il quale il paziente sembra aver perso il contatto con la realtà. A mio parere sia gli atti parasuicidari terapeutici che quelli agiti in evidente stato dissociato, andrebbero ricondotti alla fenomenologia dissociativa. Nel primo caso il paziente riuscirebbe ad uscire dallo stato di vuoto, nel secondo caso la sensazione sarebbe ingestibile e lo condurrebbe al tentativo di suicidio.

¹⁴ C.M. GRILLO, D.F. BECKER, *Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders*, in «J Consult Clin Psychol.», 72 (1), 2004 Feb., pp. 126-131.

I comportamenti autolesivi intenzionali si verificano in circa il 75% dei pazienti con diagnosi di disturbo borderline e in percentuale più alta in quelli che sono stati ricoverati. La modalità più frequente è quella del tagliarsi; questi pazienti possono anche bruciarsi in alcune parti del corpo, sbattere la testa o strapparsi i capelli. Sostengono che procurarsi dolore fisico produce un senso di liberazione e sollievo che temporaneamente allevia sensazioni emotive intollerabili. Talvolta riferiscono di mettere in atto tentativi suicidari quando si sentono soli o non amati o quando la vita appare così atrocemente dolorosa da sembrare intollerabile. Potrebbe anche esserci un vago piano di essere salvati, un tentativo di alleviare la sensazione intollerabile di solitudine stabilendo qualche contatto con gli altri¹⁵. Alcune ricerche hanno dimostrato come i pazienti borderline presentino una ridotta attività basale endorfinica nel giro del cingolo e nella corteccia orbitofrontale¹⁶. I comportamenti autodistruttivi potrebbero essere considerati come dei tentativi di stimolare un sistema delle endorfine disregolato. Il deficit neuropeptidico (endorfine, ossitocina e vasopressina), neuromodulatori implicati nei comportamenti affiliativi, sarebbe coerente con le teorie che individuano un'eziologia traumatica per questo disturbo e la presenza di un pattern di attaccamento disorganizzato¹⁷.

Nel disturbo borderline si possono presentare tutti e due i rischi suicidari, quello secondario al tono dell'umore e comportamenti suicidari secondari alla debolezza dell'lo.

Circa il 50 % delle persone con DBP hanno un episodio di depressione maggiore al momento in cui cercano un trattamento e circa l'80% ha un episodio di depressione maggiore nell'arco della vita. Quando la depressione coesiste con l'incapacità di tollerare un'intensa emozione, lo stimolo ad agire in maniera impulsiva è esacerbato. È essenziale che i curanti valutino attentamente l'umore del paziente, stabiliscano il grado di severità della tristezza riferita ma che riconoscano anche che i farmaci antidepressivi hanno solo una modesta efficacia¹⁸.

In presenza di rischio suicidario secondario allo stato dell'umore e all'ideazione depressiva, intervenendo a livello farmacologico sull'umore si riduce il rischio suicidario. Questo non succede nei casi i cui esso dipenda dalla debolezza dell'lo. L'intervento farmacologico non porterà ad una riduzione dei comportamenti parasuicidari, anzi i pazienti continueranno a mettere in atto tali comportamenti con la stessa frequenza indipendentemente dal farmaco.

D'altronde l'intervento farmacologico dev'essere valutato attentamente anche nel caso di uno stato depressivo. L'antidepressivo agisce inizialmente sull'inibizione comportamentale e solo successivamente su umore e ideazione. La bassa inibizione collegata all'ideazione suicidaria ancora presente e all'impulsività, caratteristica del DBP, aumenterebbe il rischio suicidario.

¹⁵ JOHN G. GUNDERSON, *Il DBP in breve. Introduzione al Disturbo Borderline di Personalità. Diagnosi, Origini, Decorso e Trattamento* (Traduzione italiana a cura della Dott.ssa Maria Elena Ridolfi e di Luigi Chiazzo), 2011, p. 9, consultabile su A_BPD_brief-_Italy-2.doc (15 giugno 2014).

¹⁶ B. STANLEY, L.J. SIEVER, *The Interpersonal Dimension of Borderline Personality Disorder: Toward a Neuropeptide Model*, «Psychiatry», 167, 2010, pp. 24-39.

¹⁷ GIOVANNI LIOTTI, *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.

¹⁸ GUNDERSON, *Introduzione al Disturbo Borderline di Personalità*, cit., p. 10.

4. Analisi dei dati relativi ai ricoveri

In questo studio sono stati analizzati i ricoveri in SPDC dei pazienti seguiti dal Centro di Salute Mentale di Sanluri nell'anno 2013. Il totale dei ricoveri è stato 94 di cui 34 sono stati Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) e 60 Trattamenti Sanitari Volontari (TSV). Sono stati ricoverati 71 pazienti, 45 maschi e 26 femmine.



Grafico 1 -Totale pazienti del CSM di Sanluri che hanno subito un trattamento sanitario

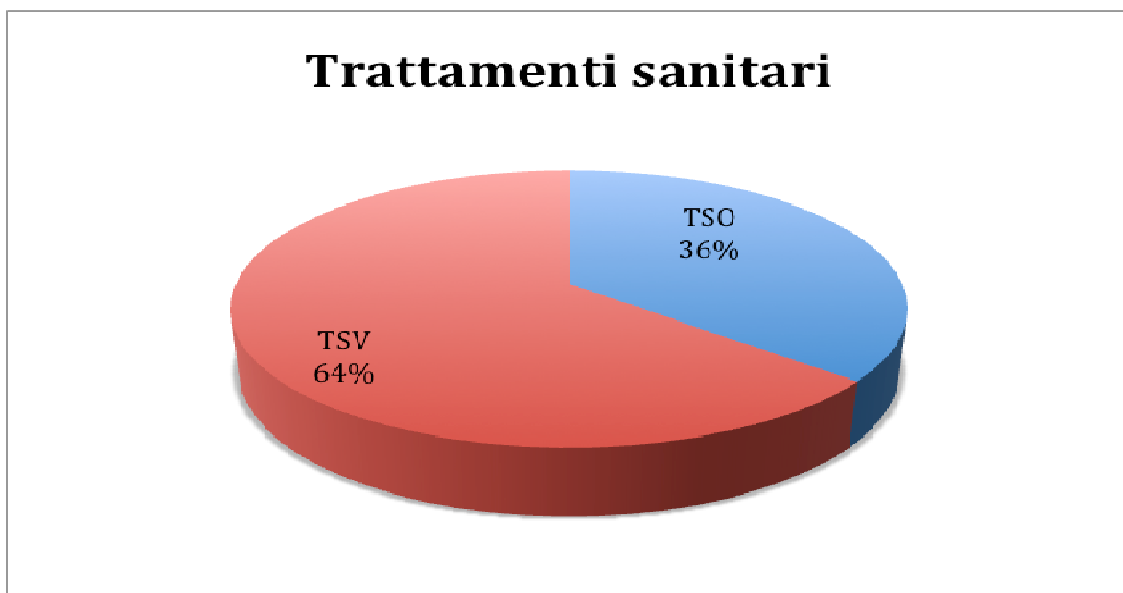


Grafico 2 - TSO e TSV

Sono state recuperate 60 diagnosi totali. Come si può vedere dal grafico 3, la diagnosi più frequente è stata quella di Disturbo Bipolare (15 pazienti). La diagnosi di Schizofrenia è stata fatta 11 volte, quella di disturbo Schizoaffettivo 10 volte, il Disturbo Borderline e la Psicosi NAS sono stati diagnosticati sei volte. A seguire tutte le altre.

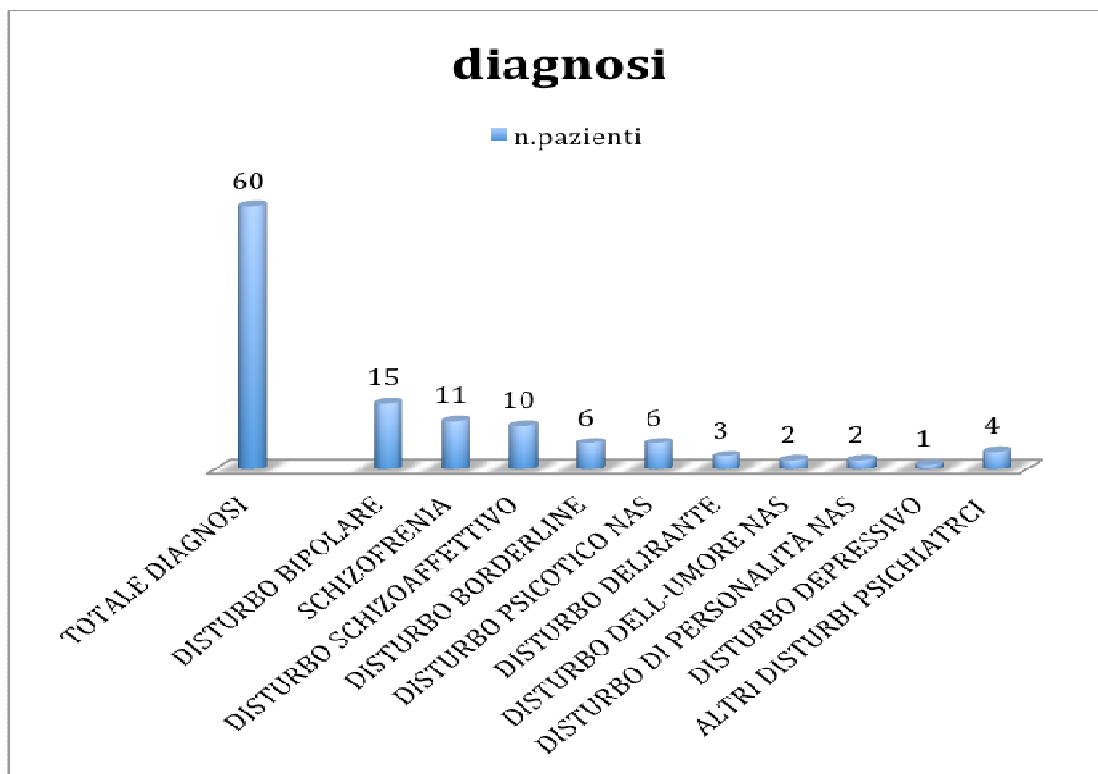


Grafico 3 - Le diverse diagnosi dei pazienti ricoverati nell'anno 2013

4.1 Ricoveri e diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità

Il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) è il disturbo di personalità più comune, il più complesso e uno dei più devastanti, con un tasso suicidario che arriva fino al 10% dei pazienti diagnosticati, contro il 4,5% della schizofrenia e il 3% del Disturbo Bipolare. I soggetti con BPD costituiscono approssimativamente tra l'1 e il 2% della popolazione generale, fino al 20% di tutti i pazienti psichiatrici ricoverati e il 15% dei pazienti ambulatoriali. I $\frac{3}{4}$ dei pazienti diagnosticati come BPD sono donne¹⁹.

Dall'analisi dei dati del Centro di Salute Mentale di Sanluri relativi all'anno 2013, emerge che tra i 10 pazienti che hanno effettuato il numero più alto di ricoveri ospedalieri nell'intero anno, quelli col numero più alto hanno la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (vedi Tabella 1). Un dato ancora più significativo riguardo il fatto che i Trattamenti Sanitari Obbligatori/Volontari di questi stessi pazienti rappresenti il 50% del totale.

Infatti 15 dei 30 ricoveri presi in considerazione hanno riguardato gli stessi 3 pazienti (graf. 4)

Tabella 1. Pazienti con più di un trattamento sanitario e rispettive diagnosi. Anno 2013

PAZIENTI	DIAGNOSI	TSO	TSV	TOTALE
paziente 1	disturbo borderline di personalità	2	5	7
paziente 2	disturbo borderline di personalità		4	4
paziente 3	disturbo borderline di personalità	2	2	4
paziente 4	disturbo bipolare		3	3
paziente 5	schizofrenia paranoidea		2	2

¹⁹ Ivi, p. 4.

PAZIENTI	DIAGNOSI	TSO	TSV	TOTALE
paziente 6	psicosi nas		2	2
paziente 7	dap/doc	2		2
paziente 8	disturbo schizoaffettivo		2	2
paziente 9	disturbo bipolare		2	2
paziente 10	disturbo schizoaffettivo	2		2

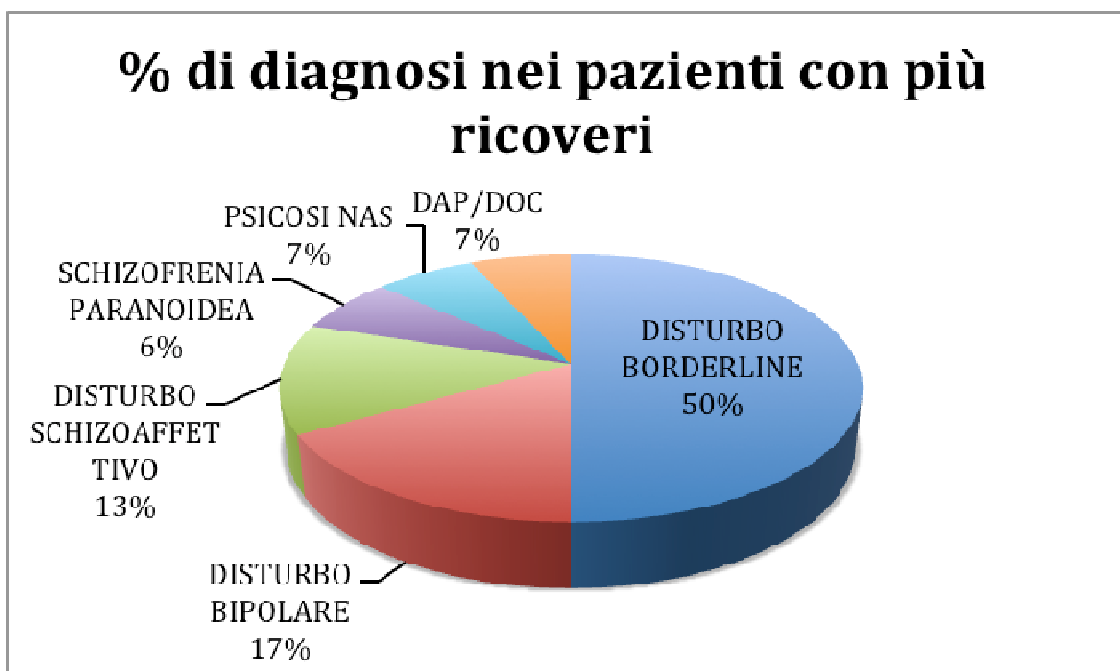


Grafico 4 - Diagnosi dei pazienti che hanno avuto più ricoveri nel 2013

4.2 Pazienti con Disturbo Borderline di Personalità

Paziente 1

Il paziente, in cura da 20 anni, mette in atto diversi comportamenti parasuicidari, probabili tentativi di gestione dello stato di vuoto. Un comportamento, in particolare, sembrerebbe collegato alla gestione dello stato dissociativo: il paziente inalerebbe sostanze pericolose. Inoltre, egli presenta diverse escoriazioni conseguenti a tagli autoinflitti. Sia l'inalazione, sia gli agiti fisici autolesivi stimolerebbero il rilascio di endorfine, inibendo temporaneamente lo stato di sofferenza. Essi attiverrebbero però un processo di dipendenza fisiologica, il quale rappresenta il primo obiettivo del trattamento psicoterapico strutturato con i pazienti che soffrono di questa patologia psichica. Nella sua storia clinica ha tentato diverse volte il suicidio non sapendo spiegare il motivo del suo gesto. Il paziente abusa di alcol e di droghe.

Questo dato è coerente con la letteratura scientifica, la quale evidenzia come i pazienti DBP abusino spesso di alcool e sostanze/farmaci (sia prescritti che illeciti), nel tentativo di ridurre l'ansia sociale, distaccarsi da ruminazioni dolorose e diminuire l'intensità delle emozioni negative. Spesso l'alcool e le sostanze hanno un effetto disinibente che favorisce agiti autolesivi, condotte suicidarie e

comportamenti a rischio²⁰. Il numero dei ricoveri del paziente 1 tende a calare negli anni 2011-2012 per poi ricrescere nel 2013 (vedi grafico 5).

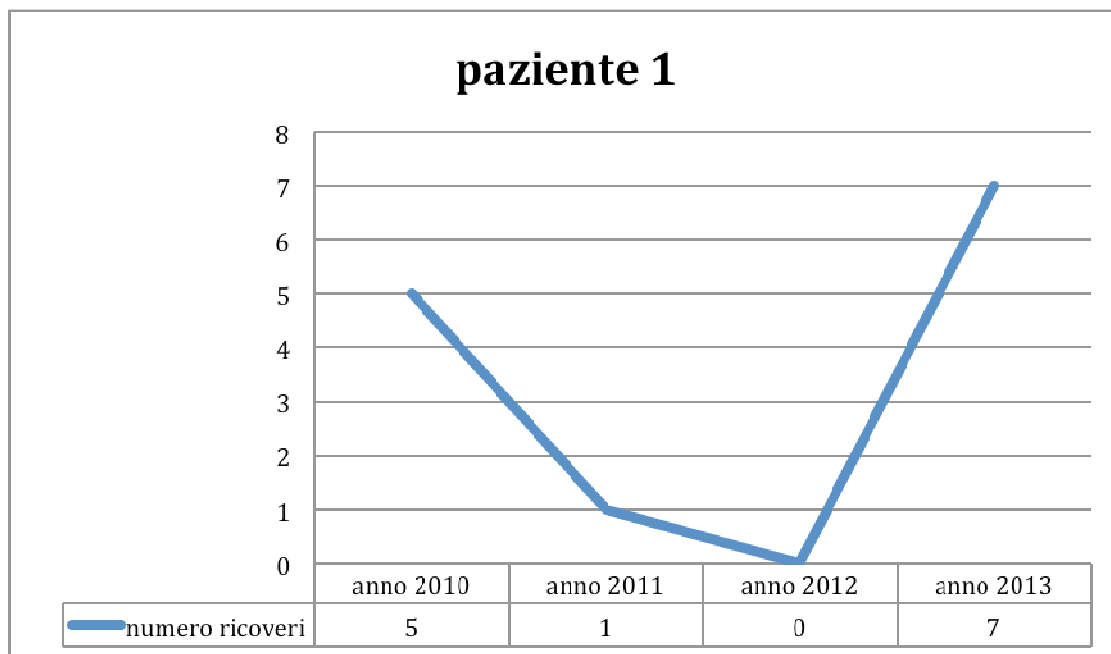


Grafico 5 - Frequenza dei diversi ricoveri ospedalieri in 4 anni

Paziente 2

L'analisi della cartella clinica del paziente 2 con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, seguito da 7 anni, evidenzia le motivazioni principali dei diversi ricoveri ospedalieri. I trattamenti sanitari sono molto frequenti nel 2010, tendono a diminuire nei due successivi in corrispondenza di un percorso di inserimento in una struttura, per poi riaumentare nel 2013 (vedi grafico 6). Le motivazioni principali dei ricoveri riguardano l'ideazione suicidaria, agiti fisici autolesivi, come procurarsi delle lesioni superficiali sugli avambracci, tentativi di suicidio consistenti nell'ingestione di farmaci o nell'impiccagione. Altri tentativi sono stati messi in atto dopo aver richiamato l'attenzione degli operatori.

Questi dati sono in linea con letteratura scientifica che evidenzia come i soggetti DBP agiscano questi tentativi quando si sentono soli e non amati o quando la loro sofferenza è talmente forte da sembrare intollerabile. Questi comportamenti sembrano far parte di un piano implicito collegato all'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento. Nel momento di massima sofferenza la persona riagirebbe lo schema caratteristico del modello operativo interno disorganizzato, molto frequente nei pazienti con questa diagnosi²¹. In molti casi il paziente 2 riferisce di non sapere il motivo per cui si volesse buttare giù dalla finestra, facendo ipotizzare la presenza di uno stato alterato di coscienza al momento del gesto. Anche in questo si può osservare come i ricoveri calino negli anni intermedi per poi riaumentare nell'ultimo anno.

²⁰ Ivi, p. 10.

²¹ LIOTTI, *Le opere della coscienza*, cit.

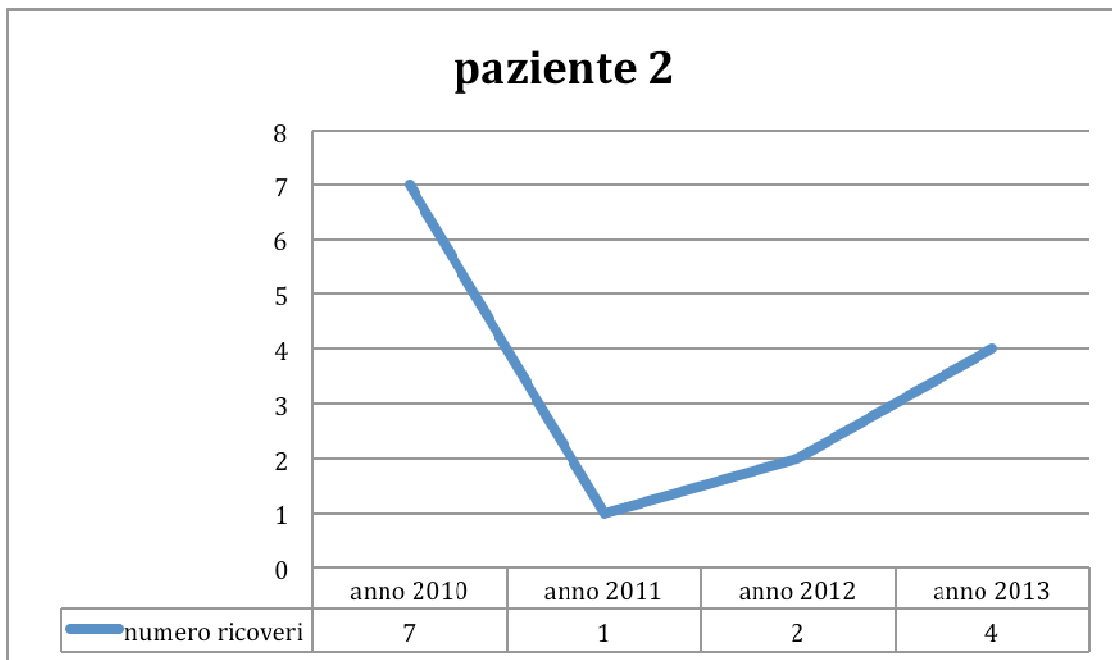


Grafico 6 - Frequenza dei diversi ricoveri ospedalieri in 4 anni

Paziente 3

Questo paziente, come il secondo, è stato ricoverato 4 volte nell'arco del 2013. Anch'egli ha ricevuto la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità. In cartella presenta due Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) e due Trattamenti Sanitari Volontari (TSV). Non è mai stato ricoverato negli anni precedenti.

Minaccia comportamenti autolesionistici in seguito ad una possibile rottura della relazione con la partner (criterio 5 'ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamenti automutilanti'). Riferisce la persistenza di vissuti di vuoto e solitudine che sarebbero stati all'origine degli agiti autolesivi. Uno dei quattro ricoveri è dovuto all'ingestione incongrua di farmaci. In questo caso clinico i comportamenti parasuicidari e i tentativi di suicidio conseguenti al tono dell'umore farebbero rientrare questo paziente nel cluster impulsivo (impulsività in aree pericolose, comportamenti suicidari, comportamenti autolesivi). Egli necessiterebbe di un trattamento più strutturato, specifico per i pazienti con Disturbo Borderline di Personalità, rispetto ad un altro soggetto rientrante solamente nel cluster delle problematiche correlate all'identità (disturbo dell'identità, instabilità nelle relazioni interpersonali, sentimenti di vuoto o noia)²².

²² FOSSATI, MAFFEI, *Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria*, cit., pp. 72-79; JOHANSEN, *An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct*, cit., pp. 289-298.

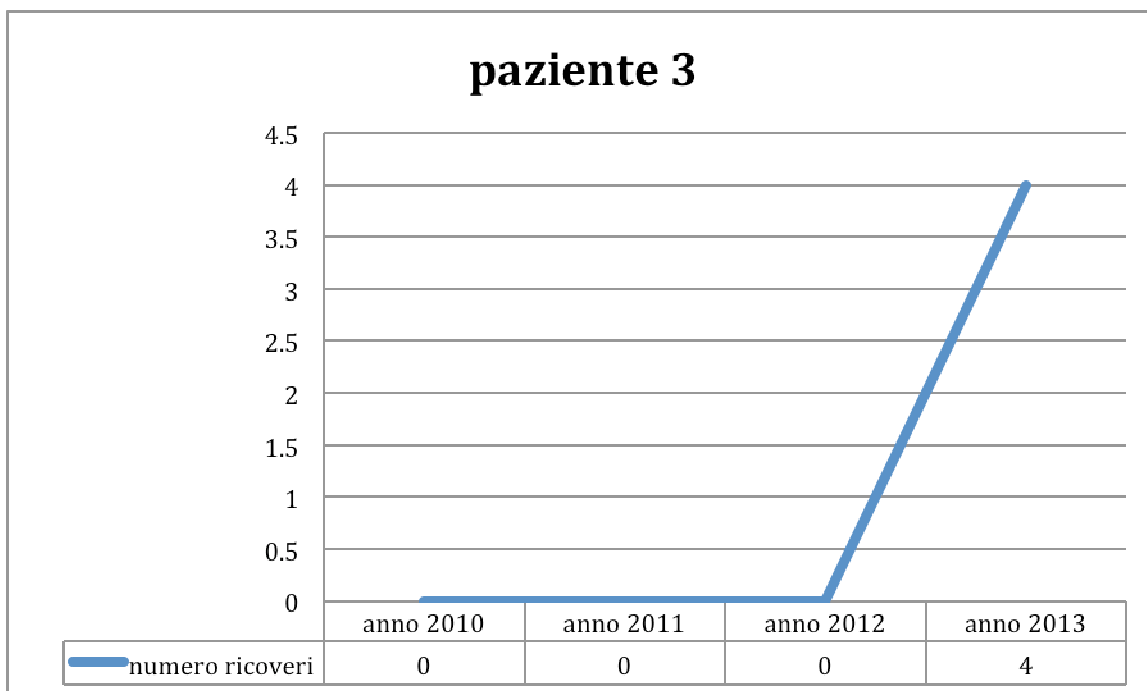


Grafico 7 - Frequenza dei diversi ricoveri ospedalieri in 4 anni

5. Considerazioni conclusive

La suddivisione dei criteri diagnostici in cluster specifici permette agli esperti di definire un livello di gravità crescente sul quale poi impostare il trattamento. L'impulsività in aree pericolose e i comportamenti suicidari e autolesivi necessitano di un intervento più strutturato, che preveda diverse ore di trattamento divise in psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, trattamento psichiatrico e case management.

Questi comportamenti rappresentano un problema serio per i Servizi di Salute Mentale. Tengono in costante allarme gli operatori e richiedono continui ricoveri ospedalieri. I comportamenti autolesivi rappresentano il primo obiettivo terapeutico del trattamento dei pazienti con DBP. Essi, quando vengono trattati, diminuiscono in modo considerevole. La tendenza è simile a quella delle tossicodipendenze dove, non stimolando più il sistema delle endorfine, si verifica una depressione dell'umore in corrispondenza della diminuzione dei gesti autolesivi. Essi hanno inizio prevalentemente nelle prime fasi dell'adolescenza e tendono a precipitare nel momento in cui si prospetta una separazione o un rifiuto o nei casi in cui il soggetto si trova davanti ad una responsabilità indesiderata. La presenza di questi comportamenti aiuta a porre la diagnosi di DBP nei pazienti in cui i sintomi prevalenti sono depressione o ansia.

Tra i trattamenti psicoterapici che hanno dimostrato efficacia per questo disturbo psichiatrico, diminuendo le condotte autolesive, la suicidarietà, le ospedalizzazioni, gli accessi in Pronto Soccorso e l'utilizzo di farmaci, la più conosciuta è la Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) di Marsha Linehan. Questa vanta un numero di studi randomizzati controllati, effettuati da ricercatori indipendenti, maggiore di

ogni altra psicoterapia basata su prove empiriche²³. Essa combina terapia individuale e terapia di gruppo ed ha l'obiettivo di raggiungere una regolazione emozionale e ridurre i comportamenti autodistruttivi.

Sebbene i comportamenti più gravi possano ripresentarsi nell'arco della terapia, una diminuzione della frequenza e gravità dei comportamenti autodistruttivi e dell'ideazione suicidaria, ed una riduzione del numero e dei giorni di ospedalizzazione sono i primi indicatori di miglioramento²⁴. Questo dato si lega all'importanza di introdurre all'interno dei servizi di salute pubblica dei trattamenti strutturati, i quali rispondano alle esigenze specifiche di questi pazienti. D'altronde il numero di ricoveri ospedalieri necessari per far fronte ai gesti parasuicidari rappresenta un costo molto elevato per il bilancio sanitario regionale. Come mostrano i dati sopra riportati, ben 15 ricoveri effettuati nel 2013 riguardano soggetti con questa diagnosi (questo stato potrebbe essere sottostimato se si pensa al fatto che a molti pazienti DBP viene fatta la diagnosi di Disturbo Bipolare).

In questa direzione si è mosso il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna, che ha individuato i Disturbi di Personalità tra i bisogni emergenti prioritari e ha definito delle linee guida da seguire nel loro trattamento, nello specifico con il Disturbo Borderline di Personalità²⁵.

²³ MARSHA LINEHAN, *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2011.

²⁴ GUNDERSON, *Il DBP in breve. Introduzione al Disturbo Borderline di Personalità*, cit., p. 9.

²⁵ Cfr. SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA, *Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità*, Bologna 2009, consultabile su http://www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/linee-guida/disturbi_gravi_personalita_linee.pdf (2 giugno 2014).