

Disturbi Gravi di Personalità

Formazione Clinica 2013

La gestione della crisi sulla base dell'empowerment

- Bologna 12 novembre 2013 -

- E.Semrov – G.Samory -

I pazienti con Disturbo Grave di Personalità richiedono spesso interventi in condizioni di crisi.

Le crisi possono assumere caratteristiche diverse essendo sostenute:

- dalle caratteristiche nucleari del disturbo
- dalle comorbidità del DGP con
 - Disturbi d'Ansia
 - Disturbi dell'Umore
 - Disturbi da Abuso di Sostanze
 - Psicosi Brevi
 - Disturbi del Comportamento Alimentare

La crisi come momento topico del trattamento

La gestione della crisi nei DGP rappresenta per i Servizi un momento cruciale essendo spesso caratterizzata da un'elevata probabilità di inappropriatezza degli interventi erogati che, necessariamente, condizionano l'esito del trattamento a breve, medio e a lungo termine.

Il quesito formulato dal Comitato Scientifico sulla crisi

“Quali sono gli interventi più efficaci per gestire le crisi psicopatologiche e comportamentali acute in corso di trattamento del Disturbo Grave di Personalità nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche?”

**Borschmann R., Henderson C., Hogg
Joanna, Philips R., Moran P. (2012) Crisis
interventions for people with borderline
personality disorder. *Cochrane Database of
Systematic Reviews, Issues 6.***

Un'analisi della letteratura ha evidenziato che attualmente non esistono RCT evidence based per la gestione degli episodi di crisi acuta nelle persone con Disturbo Borderline di Personalità, non è quindi possibile trarre alcun tipo di conclusione in merito all'efficacia di qualsiasi singolo intervento. La ricerca evidenzia la necessità di RCT di elevata qualità e su ampia scala.

La crisi come caratteristica stabile del disturbo

La ricorrenza delle crisi nei pazienti con DGP, diversamente da quanto avviene nella popolazione generale e per altre patologie di competenza psichiatrica, rappresenta una **caratteristica stabile del disturbo** che si connota per un'elevata vulnerabilità allo stress e per una sostanziale tendenza ad agire il disagio in maniera disfunzionale.

La modalità caotica della richiesta di intervento nella crisi

Il paziente in crisi si rivolge spesso ai Servizi di 1°, 2° e 3° livello (MMG, 118, Pronto Soccorso, CSM, SerT) in maniera caotica ed individuandoli **non** sulla base del **motivo della richiesta** e del **grado di urgenza** ma della difficoltà a **che può richiedere** interventi molto diversi, dal supporto emotivo alla gestione di un rischio suicidario.

Ne deriva che **la gestione della crisi** non può prescindere, con questi pazienti «caotici», dall'individuazione sul piano organizzativo e tecnico di un sistema coerente che consenta di discriminare:

- il **quando**: in quali situazioni (tipologia della crisi)
- il **dove**: a chi il paziente deve rivolgersi (accesso)
- il **come**: come il professionista interviene (prestazione)

La crisi – specificità nei DGP

Tecnico-organizzativi

- Piano di Gestione della Crisi
- Valutazione del rischio
- Tecniche relazionali
- Approccio farmacologico
- Indicazioni al ricovero

- Quanto incide la responsabilità professionale sull'intervento di crisi?

- L'intervento di crisi nel DGP presenta delle specificità sul piano della responsabilità?

Il Piano di Gestione della Crisi

Per la gestione della crisi di pazienti con DGP in trattamento è di fondamentale importanza predisporre, al momento della sottoscrizione del contratto terapeutico, **il Piano di Gestione della Crisi (PGC)** che deve essere orientato a:

- promuovere le capacità di autogestione e le strategie di coping più adeguate
- adottare un approccio empowering.

il Piano deve inoltre essere:

- con il paziente
- da tutti gli operatori che potrebbero intervenire in corso del trattamento

Il Piano di Gestione della Crisi

Lo sviluppo del Piano di Gestione della Crisi deve:

- identificare i potenziali fattori scatenanti
- specificare le strategie di autogestione efficaci
- definire l'accesso ai Servizi
- includere una lista di recapiti telefonici di supporto e di aiuto nell'arco delle 24 ore
- condividere il piano con il paziente ed il MMG

Aspetti specifici dei Servizi che consentono di rispondere alla crisi

- Competenze tecniche specifiche
- possibilità di effettuare una corretta valutazione e gestione del rischio
- garanzia di follow-up

Offerta flessibile ma definita di opzioni assistenziali diversificate ed idonee al superamento della crisi

- Coinvolgere il paziente in una partecipazione attiva
- motivare il paziente a riprendere o ad intraprendere un percorso di cura
- concordare un invio per una valutazione e una presa in cura territoriale
- coinvolgere i familiari
- erogare un trattamento farmacologico
- attivare il trattamento dei comportamenti auto-lesivi e dei tentativi di suicidio
- disporre, quando indicato, il ricovero ospedaliero

Principi del trattamento delle crisi

Raccomandazioni NICE adattate

Nell'affrontare una condizione di crisi di un paziente con DGP occorre far riferimento, ove disponibile, al Piano di Gestione della Crisi precedentemente redatto

E' utile tener conto delle seguenti indicazioni:

- mantenere la calma e non assumere un atteggiamento reattivo
- provare a comprendere la crisi dal punto di vista della persona
- approfondire le possibili cause dello stress negativo

- adottare un linguaggio chiaro ed empatico e un approccio validante
- provare a stimolare la ricerca di soluzioni in modo autonomo
- evitare di minimizzare le motivazioni addotte dal paziente
- evitare di offrire soluzioni prima di prima di aver chiaramente compreso il problema
- considerare tutte le altre possibilità prima di proporre un ricovero in condizioni di urgenza
- fissare comunque la data per un follow-up di verifica se sussiste la possibilità di una risoluzione favorevole
- bilanciare, nei pazienti giovani, lo sviluppo dell'autonomia con le responsabilità dei genitori

La crisi – specificità nei DGP

Tecnico-organizzativi

- Piano di Gestione della Crisi
- Valutazione del rischio
- Tecniche relazionali
- Approccio farmacologico
- Indicazioni al ricovero

- Quanto incide la responsabilità professionale sull'intervento di crisi?

- L'intervento di crisi nel DGP presenta delle specificità sul piano della responsabilità?

La richiesta di intervento nella crisi

Sappiamo che il paziente con DP richiede un intervento immediato in maniera caotica ed improvvisata, **non** sulla base del **motivo della richiesta** e del **grado di urgenza** ma della **necessità di superare la crisi** la cui gestione può richiedere interventi molto diversificati: supporto emotivo, prescrizione farmacologica, ospedalizzazione).

Il trattamento farmacologico

Il trattamento farmacologico assume nella pratica clinica il valore di una strategia d'intervento di indubbia utilità.

Le nostre prescrizioni, nei termini dell'appropriatezza, discendono dalla formulazione di una diagnosi e dall'individuazione delle molecole con specifica azione farmacologica in relazione alle caratteristiche neurobiologiche del disturbo e alle particolarità dei casi trattati.

Farmaci sperimentati negli ultimi anni con successo nel trattamento dei DP, e per i quali esistono evidenze scientifiche di efficacia (studi naturalistici e clinici controllati), **a tutt'oggi non prevedono l'indicazione** per il trattamento di questi disturbi; ne consegue che la prescrizione farmacologica solitamente coincide con una prescrizione off-label.

Le linee guida, prescelte dal Comitato Scientifico, **limitano** l'appropriatezza del trattamento farmacologico a situazioni specifiche, **propongono criteri utili per la prescrizione** farmacologica ma **non riportano algoritmi né indicazioni** sulle classi dei farmaci o sulle molecole da utilizzare.

Il trattamento dei DP si diversifica infatti da quello abitualmente adottato dai clinici nella gestione di altri disturbi di competenza psichiatrica. Implica l'adozione di un approccio diverso alla prescrizione in quanto la farmacoterapia:

- **non rappresenta** il trattamento d'elezione del disturbo
- assume il valore di una **strategia d'intervento integrativa a breve termine**
- è dettata dalla necessità di contenere, in maniera **sintomatica**:
 - la disregolazione affettiva
 - il discontrollo impulsivo-comportamentale
 - i disturbi della sfera percettiva-cognitiva

Approccio prescrittivo classico alla farmacoterapia
diagnosi – prescrizione on label – cura

Approccio prescrittivo ai DP
diagnosi – prescrizione off label – trattamento sintomatico

SVANTAGGI

Assenza di indicazioni professionalmente rassicuranti
maggiori possibilità di inappropriatezza
effetti iatrogeni inattesi

VANTAGGI

Facilitazione della riflessione sugli obiettivi della prescrizione
sui tempi del trattamento
sulla valutazione degli esiti

Gli obiettivi della farmacoterapia nei DP

- Trattamento sintomatico finalizzato **al superamento della crisi**
- trattamento dei **Disturbi in comorbidità**
- **mantenimento e facilitazione dell'adesione al progetto terapeutico** (supporta l'approccio psicoterapeutico nei termini della gestione della crisi non gestibile altrimenti – lo valorizza indirettamente assumendo un ruolo secondario).

Linee di indirizzo della Regione Emilia-Romagna

(Adattamento dalle LG NICE)

Scrivere un trattamento farmacologico per
analisi presuppone:

- una condivisione da parte dell'équipe
- una valutazione:
 - dei rischi della prescrizione (utilizzo di alcol/sostanze ad azione psicoattiva)
 - dell'impatto della prescrizione sulla relazione terapeutica e sul progetto di cura complessivo, incluse le strategie di trattamento a lungo termine
 - dell'appropriatezza della prescrizione farmacologica rispetto alla possibilità di adottare altre strategie d'intervento
 - della necessità di limitare al massimo le politerapie

prescrizione di una terapia farmacologica, a breve termine e finalizzata alla gestione della crisi, deve tener conto delle seguenti indicazioni:

- scegliere un farmaco a basso profilo di collateralità/effetti avversi, minimo rischio di induzione di fenomeni di dipendenza, minima possibilità di abuso, minima letalità in caso di assunzione incongrua
- utilizzare la minima dose efficace
- prescrivere/consegnare poche confezioni alla volta al fine di evitare il rischio di assunzioni incongrue
- individuare e condividere con il paziente i sintomi bersaglio del trattamento farmacologico, monitorarne l'andamento e prevedere la durata della terapia

- concordare un programma di adesione al trattamento (e di verifica di una regolare assunzione)
- interrompere il trattamento farmacologico se, dopo un determinato periodo, non si osservano modificazioni dei sintomi bersaglio o se gli effetti indesiderati sono maggiori dei benefici
- valutare trattamenti alternativi, compreso un trattamento psicologico, se i sintomi bersaglio non migliorano o il grado del rischio non diminuisce

Il follow-up

Al momento della risoluzione/attenuazione della crisi è necessario ed opportuno aggiornare tempestivamente il piano di gestione della Crisi e, più in generale, l'intero piano di cura (trattamenti farmacologici e non farmacologici) coinvolgendo il paziente e, se possibile i suoi familiari, nell'individuazione delle strategie di intervento più efficaci per la gestione delle crisi.

Al momento in cui si rivaluta l'efficacia del Piano di Gestione della Crisi o, più in generale, l'intero programma di cura, è utile seguire le seguenti indicazioni:

- esaminare la crisi ed i fattori che l'hanno preceduta considerando fattori ambientali, personali e relazionali
- valutare/monitorare gli effetti della terapia farmacologica prescritta (terapeutici, indesiderati e le eventuali conseguenze in termini di sicurezza)
- definire l'interruzione del programma di trattamento farmacologico iniziato durante la crisi, in genere entro un mese.
- rivalutare i trattamenti psicologici, il loro ruolo nell'ambito delle strategie complessive di cura e nell'insorgenza delle crisi

La valutazione clinica **del paziente DGP in crisi** può essere un'impresa ardua in relazione:

alla natura della richiesta d'intervento che può assumere caratteristiche diverse coerentemente con la diversità degli stili interpersonali tipicamente disfunzionali:

richiedenti: dipendenti, minacciosi, oppositivi

inibiti: evitanti, fobici, compiacenti

condotte autolesive o tentativi di

Tali caratteristiche comportamentali possono indurre il clinico a **sovrastimare o sottostimare** i rischi connessi all'episodio della crisi. E' utile ricordare che gravità clinica della crisi non dipende soltanto dalla natura delle condotte agite ma anche dal funzionamento psichico da cui derivano.

Numerosi sono i pazienti con DGP che presentano un rischio cronicamente elevato di rischio suicidario, superiore a quello rilevabile nella popolazione generale, a cui può sovrapporsi, in situazioni particolari, un rischio in acuto, solitamente più concreto e non necessariamente esplicitato.

La valutazione del rischio suicidario deve essere condotta con la massima attenzione in modo da garantire

diagnostica e diversificati in

(invio al terapeuta se il paziente è già in carico, valutazione per il trattamento della suicidarietà, sostegno familiare, intervento farmacologico, ospedalizzazione).

L'ospedalizzazione

La gestione della crisi può prevedere, tra i vari interventi, anche il ricorso ad un ricovero ospedaliero (SPDC – SPOI) se:

- la crisi comporta:

- un rischio significativo per l'incolumità personale del paziente e/o per altri
- non può essere gestita in nessun altro luogo o servizio

- l'ospedalizzazione è disposta dall'Autorità Giudiziaria

Il momento in cui si consideri appropriato il ricovero ospedaliero per la gestione della crisi è importante coinvolgere il paziente attivamente:

- assicurarsi che vi sia un'esplicita condivisione e comprensione dei possibili effetti **protettivi** così come dei **rischi** connessi al ricovero
- concordare anticipatamente la **finalità** e la **durata** della degenza
- assicurarsi che qualora, per circostanze estreme, sia necessario un trattamento sanitario obbligatorio, venga raggiunto un accordo ed una volontarietà appena possibile

semestre

Riflessioni...

Il compito del clinico, di fronte ad un paziente Borderline in situazione di **crisi** è quello di **decodificare il messaggio che veicola**

Il compito del clinico consiste nella **riduzione del rischio di agiti** attraverso un intervento sulle componenti modificabili **dall'interno** ridimensionando il ricorso ad impedimenti **dall'esterno** che, da utili e preziose strategie d'intervento rischiano di assumere, se altrettanto impulsivamente individuate, una valenza illusoria ed anti-terapeutica.

Senza alcun dubbio la **psicoterapia**, in contesti qualificati, assume una valenza diversa da quella tipica della «sorveglianza» potendo consentire durante un intervento sulla crisi,

I quesiti che vi poniamo...

- 1 - Quali difficoltà culturali e/o organizzative può incontrare l'adozione di un Piano di Gestione della Crisi nei DGP?
- 2 - E' realistico immaginare che il Piano di Gestione della Crisi sia sufficientemente fruibile e consultabile al bisogno nei punti di accesso della rete dei Servizi?
- 3 - Quali riflessioni suscita la gestione della crisi sotto il profilo della responsabilità professionale, anche in relazione alle linee di indirizzo regionali?