

Disturbo di personalità borderline

La relazione con soggetti affetti da disturbi di personalità è problematica, ma può diventare un'opportunità per il medico di famiglia, che con le sue capacità di counselling può essere il punto di riferimento per questi difficili pazienti

È un mercoledì come tanti altri, l'ambulatorio scorre tranquillo senza particolari problemi, a un certo momento riconosco tra le voci in sala d'aspetto quella inconfondibile di Patrizio, quarantenne esuberante e bizzarro, istrionico. Il suo soprannome è "ciao stella", in quanto questo è il suo modo molto espansivo di salutare amici, conoscenti e quindi anche il sottoscritto.

Si sentono alcune fragorose risate e Patrizio "ciao stella" inizia subito la sua conversazione con chiunque sia presente in quel momento in sala d'aspetto, che la persona sia giovane o vecchia, qualunque sia il suo livello di cultura o stato sociale, informatori farmaceutici o altre figure professionali, necessariamente tutti diventano gli interlocutori di Patrizio.

■ Storia clinica

La storia clinica di Patrizio è complessa. Nato all'interno di una famiglia numerosa e problematica, sempre ai limiti della povertà, ha iniziato da ragazzo a lavorare come operaio in diverse aziende. Già negli anni giovanili iniziano le sue stranezze comportamentali, gli sbalzi d'umore, l'instabilità emotiva, gli attacchi di panico, l'incapacità a mantenere una distanza nella relazione e, per complicare il quadro, l'abuso occasionale di alcol.

Oltre ai tratti particolari legati alla struttura di personalità e agli aspetti psicopatologici, Patrizio comincia a presentare strani attacchi con riduzione dello stato di coscienza, sudorazione, scosse muscolari.

Interpretate all'inizio come manifestazioni di ansia, vengono poi valu-

tate in un reparto di neurologia, dove era stato ricoverato, come manifestazioni di epilessia del lobo temporale con crisi a sintomatologia complessa.

Questa diagnosi viene posta in ritardo, in quanto la personalità istrionica di Patrizio, la sua sintomatologia psichica sempre diversa nel tempo, aveva reso difficile una diagnosi differenziale tra una problematica neurologica e una psichiatrica.

È stata avviata una terapia con carbamazepina e lamotrigina con una risposta terapeutica non ottimale: le crisi si sono leggermente ridotte ma sono continuate, complicate da abuso di alcol.

Dal punto di vista psichiatrico abbiamo posto la diagnosi, lavorando in collaborazione con i colleghi psichiatri di zona, di disturbo di personalità di tipo borderline.

Tre anni fa è stato sottoposto a un intervento neurochirurgico sul lobo temporale destro per riuscire a controllare le crisi epilettiche resistenti alla terapia farmacologica. Il risultato è stato ottimo con scomparsa completa delle crisi. Nel racconto di Patrizio la degenza nel reparto neurochirurgico, prima per gli accertamenti e poi per l'intervento, è ricco di momenti di ilarità e scherzi tipici della sua persona.

I farmaci antiepilettici che assumeva vengono ridotti nel dosaggio, ma non abbandonati, sfruttando il loro effetto come stabilizzanti dell'umore.

■ Rapporto con il mio paziente

L'entrata in ambulatorio di Patrizio sembra la scena di un film comico, dopo alcune fragorose risate

e il rituale saluto "ciao stella", dopo avermi abbracciato e chiesto notizie sulla mia famiglia, dopo alcune battute ridicole da lui elaborate per farmi sorridere, comincia a espormi il motivo della visita, in genere ripetizioni di ricette e la richiesta di visite specialistiche: dopo l'intervento neurochirurgico e la scomparsa delle crisi epilettiche non vi sono più stati particolari problemi, se non qualche esito di caduta dal motorino quando il tasso alcolico nel sangue è salito oltre misura.

Raccomando sempre a Patrizio di assumere alcolici in quantità moderata per non interferire con i farmaci antiepilettici che già assume per il suo problema neurologico: come sempre mi risponde di stare tranquillo, perché la situazione è completamente sotto controllo e non vi è alcun problema di eccessiva assunzione.

Patrizio appartiene a quel gruppo di pazienti borderline più facilmente gestibili: a parte le battute scherzose è infatti possibile con lui mantenere un colloquio e non essere continuamente interrotti come di solito avviene in questo disturbo.

Inoltre presenta un basso livello di aggressività: questo mi ha sempre permesso di gestire le sue varie problematiche senza suscitare la sua permalosità e si è addirittura stabilito tra di noi un rapporto di amicizia.

Quando Patrizio esce dall'ambulatorio ho la sensazione che sia passato un uragano, mi ha comunicato alcuni problemi lavorativi, un litigio con il padre, alcune riflessioni in ambito religioso, alcuni sintomi fisici percepiti negli ultimi giorni, tutto

in un unico discorso in cui i diversi argomenti si sono mescolati tra di loro in modo confuso.

■ Quadro clinico e DSM IV

Il disturbo di personalità di tipo borderline è estremamente complesso e di difficile definizione. Come sempre in psichiatria cerchiamo di fare rientrare nelle categorie diagnostiche quadri clinici molto variegati e diversi tra loro, ognuno dei quali sembra un caso clinico a sé.

Possiamo osservare in questi pazienti vari sintomi: il loro grande desiderio di attirare l'attenzione, scarso contenimento dell'emozionalità, sbalzi improvvisi di umore, improvvise esplosioni di aggressività, impulsività.

Secondo il DSM IV possiamo collocare questo disturbo nel "Cluster B" assieme al disturbo antisociale di personalità, al disturbo istrionico e al disturbo narcisistico di personalità.

I sintomi più importanti per porre la diagnosi sono:

1. sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono;
2. un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense;
3. alterazioni dell'identità: immagini di sé marcatamente instabili;
4. impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose per il paziente (spendere eccessivamente, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate);
5. instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore;
6. sentimenti cronici di vuoto;
7. rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia;
8. ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.

In questi pazienti borderline farmaci come carbamazepina, sodio valproato, gabapentin, possono essere usati per ridurre gli sbalzi d'umore e l'impulsività che li caratterizzano; la terapia con benzodiazepine deve essere usata con attenzione per periodi non prolungati, per non rischiare problemi di dipendenza. Il rischio di dipendenza da alcol, da

farmaci, da droghe come la cocaina è molto alto per un soggetto borderline, in quanto può cercare con queste sostanze di alleviare i sintomi legati agli sbalzi d'umore, alla profonda insoddisfazione che queste persone percepiscono nelle relazioni interpersonali, per ridurre i sintomi ansiosi.

■ Il Mmg come riferimento

La relazione con un soggetto borderline mette a dura prova il medico di famiglia: questi pazienti infatti tendono a idealizzare la figura di riferimento, ma anche con la stessa facilità a stroncarle.

Pur essendo un paziente borderline, Patrizio è abbastanza gestibile, il suo carattere di fondo buono e altruista gli permette di contenere l'aggressività nelle sue richieste, non oltrepassa alcuni limiti come purtroppo spesso succede in chi presenta questo disturbo.

Il paziente borderline viene difficilmente gestito dai servizi di psichiatria, in quanto vi è una scarsa consapevolezza del disturbo, non segue un percorso terapeutico definito, non assume con regolarità i farmaci.

Più facilmente mantiene un rapporto con il proprio medico di famiglia, che spesso diventa il suo confidente, consigliere e si assume il compito di ridurre i tanti comportamenti a rischio che vengono attivati e le varie complicazioni che ne derivano.

Se con pazienti come Patrizio la relazione è più facile, con altri diventa molto problematica e può portare il medico a sentirsi frustrato, in balia di una persona completamente ingestibile e fonte di continue problematiche.

Bisogna per prima cosa aiutarli nella presa di coscienza dei loro comportamenti disfunzionali, aiutarli a capire che certi atteggiamenti e modi di essere li portano a essere dei personaggi visti con sospetto e ad alto rischio per la perdita del posto di lavoro.

A ogni collega che leggerà queste mie riflessioni verrà in mente un

suo paziente con queste caratteristiche e si ricorderà come sia difficile poterli aiutare a inserirsi in un progetto terapeutico.

Nella comunicazione con questi pazienti bisogna essere molto attenti nel pronunciare dei giudizi nei loro confronti o dei consigli molto diretti, diventa invece molto importante fargli capire che possono modificarsi senza necessariamente cambiare completamente il loro tipo di vita.

È questa una di quelle patologie dove il medico può fare ricorso alle sue capacità di counselling e di ascolto attento e non giudicante.

Queste persone sono abituate a essere isolate, abbandonate, i legami affettivi stabili sono per loro difficili da mantenere, in ambito lavorativo i cambi sono frequenti, la figura dello psichiatra è vista con sospetto, amici e familiari tendono a staccarsi per la difficoltà ad accettare le loro stranezze e la loro problematicità.

Il medico di famiglia può diventare uno dei pochi punti di riferimento per il paziente borderline, questa relazione può permettere a loro di sentirsi accettati per quello che sono, per loro non vi è una soluzione definitiva, una vera guarigione, questi tratti di personalità li accompagneranno fino alla fine della vita. L'unica speranza è che inizi per loro un processo di maturazione che li porti oltre l'impulsività e l'incapacità di instaurare relazioni durature.

■ Riflessioni

Questi pazienti ci pongono davanti il mistero, la drammaticità presenti nella nostra esistenza, ci tolgono l'illusione, alimentata da un certo tipo di psichiatria, di potere guarire certi disturbi gravi.

Ci lasciano soli nel nostro ambulatorio ad affrontare situazioni difficili in cui a volte ci sentiamo sconfitti, ma anche piccoli cambiamenti che raggiungono con il nostro aiuto possono essere importanti e permettono a loro di instaurare relazioni interpersonali stabili, non caratterizzate da una sfera emozionale che sembra sfuggire a ogni capacità di controllo.