

---

# II DBP IN BREVE

Introduzione al Disturbo Borderline di Personalità

*Diagnosi, Origini, Decorso e Trattamento*

*Prof. John G. Gunderson*

## **Ringraziamenti**

Questa revisione delle precedenti edizioni di “Il DBP in breve”, la cui co-autrice è la Dott.ssa Cynthia Berkowitz, usufruisce degli inestimabili consigli di Maureen Smith, LICSW, e del Dott. Brian Palmer del McLean’s Borderline Center.

Traduzione a cura della Dott.ssa Maria Elena Ridolfi e di Luigi Caiazzo, I.P. <sup>1\*</sup>

*Centro per lo studio ed il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità*, Dipartimento di Salute Mentale, Area Vasta 1, Fano. Per corrispondenza: [ridolfime@yahoo.com](mailto:ridolfime@yahoo.com)

---

<sup>1\*</sup> Nota dei traduttori: alcuni acronimi utilizzati nella lingua originale sono stati lasciati invariati nella traduzione, considerando il loro frequente utilizzo sia in letteratura sia on-line.

## **INDICE**

### **DIAGNOSI DI DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: INQUADRAMENTO SECONDO IL DSM- IV-TR**

#### **SPIEGAZIONE DEI CRITERI DEL DSM-IV-TR**

- 1. Timori abbandonici**
- 2. Relazioni intense e instabili**
- 3. Disturbi dell' identità**
- 4. Impulsività**
- 5. Comportamenti suicidari o autolesivi**
- 6. Instabilità affettiva**
- 7. Senso di vuoto**
- 8. Rabbia**
- 9. Distorsioni percettive simil- psicotiche (Errori nell'esame di realtà)**

#### **ORIGINI DEL DBP**

- A. Temperamenti biogenetici congeniti**
- B. Fattori psicologici**
- C. Fattori sociali e culturali**

#### **DECORSO DEL DBP**

#### **COMPORAMENTI SUICIDARI E AUTOLESIVI**

#### **STATO ATTUALE DEL TRATTAMENTO**

- A. Ospedalizzazione**
- B. Psicoterapia**
- C. Farmacoterapia**
- D. Interventi familiari**
- E. Terapie di gruppo**

#### **CONCLUSIONI**

## Diagnosi di disturbo borderline di personalità: inquadramento secondo il DSM-IV-TR

### Criteria diagnostici secondo il DSM- IV-TR<sup>2\*</sup>

*Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'affettività, e una marcata impulsività comparse nella prima età adulta e presenti in una varietà di contesti come indicato da 5 (o più) dei seguenti criteri:*

- (1) Sforzi disperati di evitare un abbandono reale o immaginario.  
Nota: non includere i comportamenti suicidari o auto mutilanti considerati nel criterio 5.
- (2) Un quadro di relazioni interpersonali intense e instabili caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di idealizzazione e svalutazione.
- (3) Disturbo dell'identità: immagine di sé marcatamente e persistentemente alterata.
- (4) Impulsività in almeno 2 aree potenzialmente dannose per il soggetto (ad esempio: spendere, sesso promiscuo, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate).  
Nota: non includere comportamenti suicidari o auto mutilanti considerati nel criterio 5.
- (5) Ricorrenti comportamenti, gesti, minacce suicidarie o comportamento automutilante.
- (6) Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (ad esempio: disforia episodica intensa, irritabilità o ansia che solitamente durano alcune ore e solo raramente più di alcuni giorni)
- (7) Sentimenti cronici di vuoto.
- (8) Rabbia inappropriata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (ad esempio: frequenti manifestazioni di collera, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
- (9) Ideazione paranoide o severi sintomi dissociativi transitori, correlati allo stress.

Ognuno di noi possiede una personalità: modalità stabili di percepire, relazionarsi e pensare rispetto all'ambiente e a sé stessi. Quando queste caratteristiche sono inflessibili, maladattative e causano significativa compromissione funzionale o sofferenza soggettiva costituiscono un disturbo di personalità.

La classificazione comprende 11 disturbi di personalità, tra i quali il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) è il più comune, il più complesso e uno dei più devastanti, con un tasso suicidario che arriva fino al 10% dei pazienti diagnosticati. I soggetti con BPD costituiscono approssimativamente tra l'1 e il 2% della popolazione generale, fino al 20% di tutti i pazienti

<sup>2\*</sup> Manuale Diagnostico e Statistico pubblicato da American Psychiatric Association

psichiatrici ricoverati e il 15% dei pazienti ambulatoriali. I  $\frac{3}{4}$  dei pazienti diagnosticati come BPD sono donne.

La diagnosi di DBP può spesso non venire posta poiché il disturbo frequentemente si manifesta in concomitanza ad altre condizioni cliniche quali depressione, disturbo bipolare, abuso di sostanze, disturbi d'ansia e disturbi dell'alimentazione. Poiché sono sufficienti solo 5 dei 9 criteri del DBP per fare diagnosi, le modalità di presentazione del disturbo possono essere molteplici. Inoltre, i soggetti con DBP presentano molte oscillazioni sintomatologiche.

Come risultato di osservazioni cliniche effettuate sin dagli anni '30 e di studi scientifici condotti negli anni '70, gli psichiatri stabilirono che le persone caratterizzate da intense emozioni, agiti autolesivi e relazioni interpersonali burrascose avevano una diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità.

Il termine "borderline" fu usato perché si pensava originariamente che questi pazienti fossero varianti atipiche ("borderline", "*linea di confine*", *ndt*) di altre diagnosi e anche perché mettevano a dura prova i confini di qualunque limite fosse loro posto. La diagnosi divenne "ufficiale" nel 1980. Nonostante vi siano stati molti progressi negli ultimi 25 anni nella comprensione e nel trattamento del DBP, il termine "borderline" è spesso stato utilizzato in maniera insufficiente. Ciò si deve principalmente al fatto che i sintomi del DBP rendono i pazienti difficili da trattare e spesso evocano sentimenti di rabbia e frustrazione nelle persone che tentano di aiutarli. Tali accezioni negative hanno spesso determinato resistenze in molti professionisti nel diagnosticare un soggetto come DBP, a favore di diagnosi quali depressione, disturbo bipolare, disturbo da abuso di sostanze, disturbi d'ansia e disturbi alimentari. Questo problema è stato aggravato dalla mancanza di un'adeguata copertura assicurativa (*negli Stati Uniti, ndt*) per gli estesi trattamenti psicosociali che il disturbo solitamente richiede.

## Spiegazione dei criteri del DSM-IV-TR

Come riportato in precedenza, affinché ad un paziente venga diagnosticato un Disturbo Borderline di Personalità, devono essere presenti (almeno) 5 su 9 criteri, come stabilito nel DSM-IV-TR (vedi pag. 3). A seguire una più dettagliata spiegazione dei sintomi:

### 1. Timori abbandonici

Questi timori devono essere differenziati dai più comuni e meno gravi fenomeni di ansia da separazione. La percezione di una separazione imminente o di un rifiuto, o la perdita di un supporto esterno possono determinare nel DBP profondi cambiamenti nell'immagine di sé, nella sua affettività, nella sua capacità cognitiva e nel suo comportamento. Le persone con DBP sono molto sensibili alle circostanze ambientali e possono provare intense paure di abbandono e rabbia inappropriata persino quando posti di fronte a critiche o ad un periodo di separazione realisticamente limitato. Questi timori abbandonici sono dovuti ad un'intolleranza a stare da soli e al bisogno di avere altre persone vicine. Tentativi spasmodici per evitare l'abbandono possono includere azioni impulsive come comportamenti suicidari o autolesivi. In origine si riteneva che

---

tali timori fossero la risultante di un fallimento, durante lo sviluppo evolutivo del bambino, della fase di riavvicinamento (tra i 18 e i 30 mesi di vita). Tuttavia, la ricerca empirica non ha confermato questa ipotesi.

## **2. Relazioni intense e instabili**

Le persone con DBP non sono spesso in grado di vedere le persone per loro significative (fonti potenziali di cura e protezione) se non come idealizzate (se gratificanti) o svalutate (se non gratificanti). Questa modalità è spesso definita come “pensiero in bianco e nero” e, in termini psicologici, rimanda al costrutto di scissione. Quando la rabbia inizialmente rivolta verso una persona amata è avvertita come pericolosa, essa viene scissa per salvaguardare la bontà della stessa. L’instabilità nelle relazioni è anche ritenuta un sintomo di uno stile di attaccamento precoce di tipo insicuro caratterizzato sia da una timorosa diffidenza sia da bisogni di dipendenza.

## **3. Disturbi dell’ identità**

Il disturbo del senso di sé, che è specifico dei pazienti borderline, è caratterizzato da una distorta, instabile o debole immagine di sé. I pazienti borderline hanno spesso valori, abitudini e atteggiamenti che sono influenzati da chiunque sia con loro. Si ritiene che il contesto interpersonale nel quale questi problemi sono amplificati origini da un non apprendimento della capacità di identificare i propri stati emotivi e le cause che sottendono i propri comportamenti.

## **4. Impulsività**

L’impulsività del paziente borderline è frequentemente autolesiva nei suoi effetti, se non nelle sue intenzioni. Ciò differisce dall’impulsività riscontrata in altre patologie come i disturbi maniacali/ipomaniacali o i disturbi antisociali. Forme comuni di comportamenti impulsivi per i pazienti borderline sono l’ abuso di sostanze o di alcool, la bulimia, la promiscuità sessuale e la guida spericolata.

## **5. Comportamenti suicidari o autolesivi**

Ricorrenti tentativi di suicidio, gesti, minacce o comportamenti autolesivi sono la caratteristica del paziente borderline. Il criterio è talmente prototipico delle persone con DBP che la diagnosi giustamente viene in mente ogni volta che ci si imbatte in ricorrenti comportamenti autolesivi. Gli agiti autolesivi iniziano spesso nella prima fase dell’adolescenza e sono solitamente precipitati da minacce di separazione o rifiuto o dall’aspettativa che il paziente DBP si assuma responsabilità indesiderate. La presenza di questa modalità aiuta a porre la diagnosi di DBP in pazienti i cui sintomi presentati sono depressione o ansia.

## **6. Instabilità affettiva**

Le prime osservazioni cliniche rilevarono l’intensità, la mutevolezza e la gamma delle emozioni del paziente borderline. Fu originariamente suggerito che l’instabilità emotiva del borderline

coinvolgesse gli stessi problemi di disregolazione affettiva rilevati nelle persone con disturbi dell'umore, in particolare depressione e disturbo bipolare. E' attualmente riconosciuto che, sebbene gli individui con DBP mostrino una marcata instabilità affettiva (ad esempio: intensa depressione episodica, agitazione, rabbia, panico o disperazione), questi cambiamenti d'umore durano solitamente solo alcune ore, e che il sottostante umore disforico è raramente alleviato da periodi di benessere o di soddisfazione. Questi episodi possono riflettere l'estrema reattività dell'individuo agli stress, particolarmente a quelli interpersonali, ed un'incapacità su base neuro-biologica e regolare le emozioni.

### **7. Senso di vuoto**

Sentimenti cronici di vuoto descritti come una sensazione viscerale, di solito avvertita a livello addominale o nel torace, affliggono il paziente borderline. Non si tratta di noia né di angoscia esistenziale. Questo stato emotivo è associato a solitudine e bisogno. A volte questa sensazione è considerata uno stato emotivo, altre volte, invece, uno stato di deprivazione.

### **8. Rabbia**

La rabbia del paziente borderline può essere dovuta ad un temperamento innato (vulnerabilità genetica) o a una risposta del bambino ad una frustrazione eccessiva (causa ambientale). Indipendentemente dal fatto che la causa sia genetica o ambientale, molti individui con DBP riferiscono di sentirsi arrabbiati la maggior parte del tempo, anche quando la rabbia non è espressa apertamente. La rabbia può essere elicitata quando una persona significativa o un curante è percepito come negligente, rifiutante, disattento o incline all'abbandono. Le espressioni di rabbia sono spesso seguite da vergogna e colpa e contribuiscono alla sensazione di essere malvagio.

### **9. Distorsioni percettive simil- psicotiche (Errori nell'esame di realtà)**

I pazienti borderline possono avere sintomi dissociativi: avvertire sé stessi o il mondo circostante come irreali. Sebbene questi sintomi siano associati ad altri disturbi, come la Schizofrenia e il Disturbo post-traumatico da stress (PTSD), nel DBP generalmente sono di breve durata, al massimo alcuni giorni, e spesso si verificano in situazioni di estremo stress. I pazienti borderline possono anche essere in modo irrealistico troppo attenti a sé stessi, nella convinzione che gli altri li stiano guardando o stiano parlando di loro in modo critico. Questi errori nell'esame di realtà nel DBP possono essere distinti da altre patologie nelle quali in genere la capacità di correggere tali distorsioni attraverso feedback rimane intatta.

Le caratteristiche borderline sono generalmente suddivise per comodità in quattro fattori, ognuno dei quali rappresenta un temperamento sottostante (il cosiddetto "fenotipo"):

1. Sensibilità interpersonale (criteri 1,2 e 7)
2. Disregolazione affettiva (emotiva) (criteri 6, 8 e 7)

3. Discontrollo comportamentale (impulsività) (criteri 4 e 5)
4. Disturbi del sé (criteri 3 e 9)

## Origini del BPD

Il disturbo borderline di personalità, come tutti gli altri disturbi psichiatrici più importanti, è considerato la risultante di una complessa combinazione di fattori genetici, sociali e psicologici. Tutte le moderne teorie attualmente concordano sul fatto che cause molteplici debbano interagire tra loro affinché il disturbo divenga manifesto.

Vi sono, tuttavia, riconosciuti fattori di rischio per lo sviluppo del BPD, che includono quelli presenti alla nascita- definiti temperamenti-, esperienze avute nell'infanzia ed influenze ambientali protratte.

### A. Temperamenti biogenetici congeniti

Il tasso di ereditabilità si attesta tra il 52 ed il 68%, percentuale simile al disturbo bipolare. Ciò che si ritiene ereditabile non è il disturbo in quanto tale ma le predisposizioni biogenetiche, ad esempio i temperamenti (o come sopra riportato i fenotipi) quali la disregolazione affettiva, l'impulsività e la sensibilità interpersonale. Nei bambini con questa predisposizione genetica, i fattori ambientali possono significativamente determinare o esacerbare un disturbo borderline in età adulta. In aggiunta una predisposizione genetica specifica per il DBP aggrega questa fenotipi.

Molti studi hanno dimostrato che i disturbi della regolazione emotiva, la sensibilità interpersonale o l'impulsività sono di gran lunga più numerosi nei familiari dei pazienti con DBP. Il temperamento affettivo/emotivo predispone gli individui ad essere facilmente agitati, arrabbiati, depressi e ansiosi. Il temperamento impulsivo predispone gli individui ad agire senza pensare alle conseguenze o persino a cercare di proposito attività pericolose. Il temperamento caratterizzato da ipersensibilità interpersonale probabilmente inizia con un'estrema sensibilità alle separazioni o al rifiuto. Un'altra teoria ha suggerito che i pazienti con DBP siano nati con un'aggressività eccessiva su base genetica (a differenza di un'origine ambientale). In base a ciò, per un bambino nato con un temperamento gioso, affettuoso, placido o passivo sarebbe improbabile sviluppare un DBP.

Una funzione neurologica normale è necessaria per compiti complessi come il controllo degli impulsi, la regolazione delle emozioni, la percezione dei ruoli sociali. Studi su pazienti borderline hanno identificato un'aumentata incidenza di disfunzioni neurologiche, spesso lievi, distinguibili con un attento esame. La più ampia porzione dell'encefalo è il cervello dove è processata l'informazione proveniente dai sensi e da cui si ritiene scaturiscano i pensieri coscienti e i movimenti volontari. Studi preliminari hanno rilevato che gli individui con DBP

hanno una risposta serotoninergica diminuita alla stimolazione in queste aree dell'encefalo e che più bassi livelli di attività cerebrale possono favorire un comportamento impulsivo. Il sistema limbico, situato al centro dell'encefalo, è talvolta considerato come "il cervello emotivo" ed è composto dall'amigdala, dall'ippocampo, dal talamo e dall'ipotalamo, e da parti del peduncolo cerebrale. I dati empirici mostrano che a fronte di un'attivazione emotiva, l'amigdala dei soggetti borderline è particolarmente attiva.

## **B. Fattori psicologici**

Come molte altre malattie mentali, il disturbo borderline di personalità non sembra originare durante una specifica, separata fase dello sviluppo. Studi recenti hanno suggerito che i bambini pre-borderline non riescono ad apprendere modalità accurate per identificare i sentimenti o attribuire in modo corretto motivazioni in sé stessi e negli altri (spesso definito come fallimento di mentalizzazione). Questi bambini non riescono a sviluppare capacità mentali di base che costituiscono un senso stabile di sé e rendono sé stessi e gli altri comprensibili o prevedibili. Un'importante teoria ha posto in risalto il ruolo critico di un ambiente invalidante. Ciò si verifica quando un bambino è portato a credere che i suoi sentimenti, pensieri o percezioni non sono reali o non hanno importanza. Circa il 70% delle persone con DBP riferiscono una storia di abuso fisico e/o sessuale. I traumi dell'infanzia possono contribuire all'insorgenza di sintomi quali l'alienazione, la disperata ricerca di relazioni protettive e l'insorgenza di emozioni intense che caratterizzano il DBP. Tuttavia, poiché relativamente poche persone che hanno subito un abuso fisico o sessuale sviluppano un disturbo borderline (o qualsiasi altro disturbo psichiatrico) è fondamentale considerare la disposizione temperamentale. Poiché il DBP si può sviluppare in assenza di tali esperienze, l'ipotesi traumatica non è sufficiente per spiegare lo sviluppo del disturbo. Tuttavia abusi sessuali o di altro tipo possono rappresentare l'ambiente invalidante "per eccellenza". Se l'abusante è una caregiver (*colui che si prende cura, ndt*) il bambino può avere bisogno di attuare una scissione (negando sentimenti di odio e repulsione al fine di preservare l'idea di essere amato). Circa il 30 % delle persone con DBP hanno avuto esperienza di perdite genitoriali precoci o di separazioni prolungate dai loro genitori, esperienze che si ritiene contribuiscano allo sviluppo dei timori abbandonici del paziente borderline. Le persone con DBP frequentemente riferiscono di essersi sentite trascurate durante la loro infanzia. Talvolta le cause di questo senso di trascuratezza non sono chiare e possono essere dovute alla sensazione di non essere sufficientemente compresi. Spesso i pazienti riferiscono di sentirsi alienati o non parte delle loro famiglie e attribuiscono le difficoltà nella comunicazione ai loro genitori. Tuttavia, l'abilità ridotta che le persone con DBP hanno nel descrivere e comunicare i propri sentimenti o bisogni o la resistenza a parlare di sé possono rappresentare una causa significativa dello sviluppo di sentimenti di trascuratezza e alienazione.

## **C. Fattori sociali e culturali**



L'evidenza in letteratura mostra che la personalità borderline si ritrova in circa il 2-4% della popolazione generale. Fattori sociali e culturali possono contribuire a variazioni nella sua prevalenza. Una società caratterizzata da ritmi veloci, che si sposta con estrema facilità e dove le situazioni familiari possono essere instabili a causa di divorzi, fattori economici o altre difficoltà, può favorire lo sviluppo di questo disturbo.

### **Decorso del DBP**

Il disturbo borderline di personalità solitamente si manifesta nella prima età adulta, anche se i singoli sintomi (ad es. le condotte autolesive) possono evidenziarsi sin dalla prima adolescenza. Con il trascorrere del tempo, i sintomi e/o la severità del disturbo solitamente diminuiscono. In realtà, circa il 40- 50% dei pazienti borderline presentano una riduzione dei sintomi entro due anni e questa percentuale sale all' 85% entro 10 anni. A differenza della maggior parte degli altri disturbi psichiatrici maggiori, i pazienti che presentano una remissione dal disturbo solitamente non hanno ricadute! Studi sul decorso del DBP hanno indicato che i primi cinque anni di trattamento sono solitamente i più tormentati da crisi. Questa fase è caratterizzata da una serie di relazioni intense e instabili che terminano rabbiosamente con conseguenti comportamenti autodistruttivi o suicidari. Sebbene tali crisi possano perdurare per anni, 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 miglioramento. Mentre circa il 60% dei pazienti con DBP ricoverati vengono nuovamente ospedalizzati entro i primi sei mesi, questa percentuale diminuisce fino a circa il 35% in un periodo compreso tra i diciotto mesi e i due anni dal primo ricovero. In generale, l'utilizzo di cure psichiatriche gradualmente diminuisce e comporta in modo crescente interventi più brevi e meno intensi.

I miglioramenti nel funzionamento sociale procedono più lentamente e in modo meno completo rispetto alla remissione dei sintomi. Circa il 25% dei pazienti diagnosticati con DBP raggiungono alla fine una relativa stabilità grazie a relazioni più intime e ad un lavoro appagante. Molti hanno invece una vita con successi professionali limitati ed evitano relazioni più intime. Mentre la stabilizzazione sintomatologica è frequente ed il livello di soddisfazione globale rispetto alla propria vita va incontro a miglioramento, il persistere della compromissione del funzionamento sociale è causa di insoddisfazione in questi pazienti.

### **Comportamenti suicidari e autolesivi**

Gli aspetti più pericolosi e che incutono più timore nel DBP sono il comportamento autolesivo ed il potenziale suicidario. Mentre l'8-10% dei soggetti borderline compiono un suicidio, l'ideazione suicidaria (pensieri o fantasie rispetto al suicidio) è pervasiva nella popolazione borderline. I comportamenti autolesivi intenzionali (a volte definiti come atti parasuicidari) sono una caratteristica comune del DBP, e si verificano in circa il 75% dei pazienti diagnosticati ed addirittura in una percentuale più alta in quelli che sono stati ricoverati in ospedale. Questi comportamenti esitano in cicatrici fisiche e persino in condizioni fisiche disabilitanti. Il

comportamento autolesivo può assumere molte forme. I pazienti con DBP spesso compiono agiti autolesivi senza un intento suicidario. La modalità autolesiva più frequente è rappresentata dal tagliarsi, ma può comportare anche il bruciarsi, il percuotersi, lo sbattere la testa e lo strapparsi i capelli. Vi sono poi altri agiti autodistruttivi che non sono intenzionali, o per lo meno non sono intesi dal paziente come tali, quali la promiscuità sessuale, la guida in stato di ebbrezza, l'abbuffarsi ed il purgarsi. I tatuaggi e la pornografia, con conseguente senso di colpa, rappresentano nuove modalità.

I significati dei comportamenti autolesivi sono complessi, possono variare da individuo a individuo e possono servire a scopi differenti in momenti diversi. Circa il 40% degli agiti autolesivi compiuti dai pazienti borderline si verificano durante episodi dissociativi, circostanze in cui predominano ottundimento e vuoto. Per queste persone l'autolesionismo potrebbe essere l'unica modalità per esperire sentimenti. I pazienti riferiscono che procurarsi dolore fisico produce un senso di liberazione e sollievo che temporaneamente allevia sensazioni emotive intollerabili. Talvolta i soggetti con DBP 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 altri. Potrebbe, persino, esservi una base neurochimica per tali comportamenti: gli agiti fisici autolesivi, infatti, possono esitare in un rilascio di alcune sostanze chimiche (endorfine) che inibiscono, per lo meno temporaneamente, la sofferenza interiore. I comportamenti autolesivi possono indurre dipendenza e uno degli iniziali e principali obiettivi del trattamento è quello di interrompere questo ciclo.

Oltre all'abuso di sostanze, la depressione maggiore può contribuire al rischio suicidario. 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. E' 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 efficacia.

I componenti della famiglia si sentono, comprensibilmente, tormentati dalla minaccia e/o dalla messa in atto di tali comportamenti. Le reazioni naturalmente variano ampiamente da caso a caso e vanno dal voler proteggere il familiare alla rabbia per comportamenti percepiti come una richiesta di attenzioni. Il rischio di suicidio evoca paura, rabbia e impotenza.

E' necessario, comunque, che i membri della famiglia non assumano il carico principale nel garantire la sicurezza del paziente. Qualora vi sia una percepita minaccia di autolesionismo o il paziente abbia messo in atto tali comportamenti, dovrebbe essere contattato un professionista. Il soggetto borderline può supplicarli di mantenere segreti comunicazioni e comportamenti ma la sicurezza deve essere la priorità. Il paziente, i curanti e la famiglia non possono lavorare assieme efficacemente senza sincerità e la minaccia o il verificarsi di agiti autolesivi non può

essere tenuta segreta, nell'interesse di tutte le persone coinvolte. I componenti della famiglia/amici non possono vivere con lo spettro di questi comportamenti nella loro vita, e i pazienti non faranno progressi nella loro cura fino a quando questi comportamenti non saranno debellati.

Una volta che le preoccupazioni relative alla sicurezza sono state affrontate con l'aiuto di un professionista, i membri della famiglia/amici possono avere un importante ruolo nel ridurre la probabilità di minacce di agiti autolesivi semplicemente con la presenza e l'ascolto del loro caro, senza biasimo, rifiuto o disapprovazione.

I pazienti spesso abusano 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 rischio.

## **Stato attuale del trattamento**

Nel corso delle ultime due decadi, il trattamento del DBP è cambiato radicalmente e parallelamente è andata migliorando in maniera significativa la prognosi e la remissione.

Uno dei quesiti preliminari che si trovano a porsi famiglie/amici è come e quando riporre fiducia nelle persone responsabili del trattamento del loro caro. In generale, quanta più esperienza clinica hanno i curanti nel lavorare con pazienti borderline, tanto meglio. Nella eventualità che diversi professionisti siano coinvolti nella cura di un individuo borderline, sarà importante che essi siano compatibili nelle loro strategie e che comunichino tra loro. Il coinvolgimento nel trattamento dei membri della famiglia è altrettanto importante.

### **A. Ospedalizzazione**

Il ricovero in ospedale nella cura dei pazienti borderline è solitamente limitato alla gestione delle crisi (comprese situazioni in cui è precaria la sicurezza del soggetto, anche se non solo limitato a queste). Gli ospedali forniscono un luogo sicuro dove il paziente ha un'occasione di acquistare distanza e prospettiva rispetto a una crisi particolare e dove i professionisti possono valutare i problemi e le risorse sociali e psicologiche del paziente. Non è raro che variazioni di farmaci abbiano luogo durante un ricovero in ospedale, dove i professionisti possono valutare lo effetto di una nuova terapia in un ambiente controllato. Le ospedalizzazioni sono solitamente di breve durata.

### **B. Psicoterapia**

La psicoterapia è la pietra angolare di molti trattamenti di pazienti borderline. Sebbene lo sviluppo di un attaccamento sicuro al terapeuta è solitamente essenziale perché la psicoterapia sia efficace, ciò non si verifica facilmente con il paziente borderline, considerati i suoi intensi bisogni e timori relazionali.

Inoltre, i terapeuti sono a volte timorosi di lavorare con pazienti borderline. La sintomatologia può essere tanto difficoltosa per i professionisti quanto lo è per i membri della famiglia. Il curante può assumere il ruolo di custode protettivo e poi provare sentimenti di rabbia e paura quando il paziente attua comportamenti pericolosi e maladattivi. Anche se molto capaci, terapeuti motivati sono a volte bruscamente “licenziati” dai pazienti borderline. Spesso, comunque, nonostante siano percepite come un fallimento, queste brevi terapie possono svolgere un ruolo prezioso nell’aiutare il paziente in una situazione altrimenti insormontabile e nel renderlo più accessibile a futuri terapeuti.

Il consiglio standard per la psicoterapia individuale prevede da una a due sedute alla settimana con un clinico esperto per un periodo che va da uno a sei anni. E’ necessario che i terapeuti siano attivi e che mantengano costanti aspettative di cambiamento e la partecipazione del paziente. Indispensabile per una terapia efficace con un paziente borderline è lo sviluppo di sentimenti di fiducia e vicinanza con il terapeuta (aspetti che possono non essere stati presenti in precedenza nella vita del paziente), con l’aspettativa che questo aumenterà la capacità del paziente di avere relazioni simili anche con altri. La validazione, incluso l’ascolto, è una tecnica che permette al paziente borderline di riconoscersi ed accettarsi come essere unico e meritevole di valore.

Diversi modelli psicoterapici sono risultati efficaci in base ai dati empirici. Tutti diminuiscono le condotte autolesive, la suicidarietà, le ospedalizzazioni, gli accessi in Pronto Soccorso e l’utilizzo di farmaci. Tra le psicoterapie empiricamente validate la più conosciuta ed utilizzata è la Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT), che combina terapia di gruppo e individuale ed è volta ad insegnare al paziente borderline abilità finalizzate alla regolazione emozionale ed alla riduzione dei comportamenti auto-distruttivi. La DBT include il concetto di *mindfulness*, che implica il raggiungimento della consapevolezza di sé ed un equilibrio tra stati emotivi e razionali, per arrivare ad avere una “mente saggia”. La DBT enfatizza anche l’importanza della regolazione delle emozioni, delle abilità di tolleranza allo stress e delle abilità di efficacia interpersonale. Questa terapia è basata sul coinvolgimento attivo del paziente, l’approccio basato sulla risoluzione dei problemi coinvolge nel trattamento i pazienti borderline motivati al cambiamento.

Tra le terapie basate su evidenze empiriche due sono di matrice psicodinamica (anche conosciuta come psicoanalitica). La Psicoterapia Focalizzata sul Trasferimento (TFP) è una psicoterapia a cadenza bisettimanale che pone in risalto l’interpretazione del significato del comportamento del paziente in ambito relazionale, con maggior importanza data a quello con il terapeuta. La TFP enfatizza anche l’importanza delle esperienze di rabbia. Il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT) combina interventi individuali e gruppali. Pone in risalto il valore del riconoscimento dei propri stati mentali (sentimenti/atteggiamenti) e quelli degli altri, come modalità di spiegazione dei comportamenti. Questa capacità è definita *mentalizzazione* ed è una abilità che tutte le terapie efficaci cercano di incrementare.

Il Management Psichiatrico Generale (GPM) è una terapia a cadenza settimanale che include la prescrizione di farmaci ed interventi familiari al bisogno. La terapia cerca di creare un “ambiente contenitivo”, all’interno del quale il paziente può imparare ad avere fiducia e ad esperire emozioni. Questa terapia richiede esperienza clinica ma è meno legata ad una teoria ed è più facile da apprendere rispetto alle terapie validate su base empirica.

### **C. Farmacoterapia**

Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina ed altri farmaci antidepressivi sono spesso stati prescritti nei pazienti borderline ma la loro efficacia è modesta. Gli studi randomizzati controllati suggeriscono che gli antipsicotici atipici o gli stabilizzatori dell’umore rappresentano una scelta migliore. Questi studi suggeriscono anche che nessuna classe di farmaci ha un’efficacia costante o notevole. Le benzodiazepine sono l’unica classe farmacologica che ha dimostrato di peggiorare le condizioni cliniche dei pazienti, sebbene, anche in questo caso, vi siano delle eccezioni. I farmaci dovrebbero, quindi, essere prescritti facendo comprendere pienamente al paziente che essi hanno nel trattamento un ruolo ausiliario alla psicoterapia. In sostanza, la prescrizione farmacologica può facilitare la costruzione di un’alleanza terapeutica positiva mostrando concretamente il desiderio del clinico di aiutare il paziente a sentirsi meglio; tuttavia, aspettative irrealistiche sull’efficacia dei farmaci possono minare il lavoro basato sull’impegno personale del paziente a migliorarsi.

Quando si prescrivono farmaci a questa popolazione di pazienti le preoccupazioni comuni riguardano il rischio di overdose e la non compliance anche se l’esperienza insegna che possono essere utilizzati con un rischio molto ridotto se il paziente comunica e vede regolarmente lo psichiatra di riferimento. Un altro problema comune nella pratica clinica è la polifarmacoterapia, che si verifica quando un paziente vuole proseguire o aggiungere farmaci nonostante la mancanza di benefici riscontrabili; l’80% dei pazienti borderline assume tre o più farmaci. Le conseguenze di ciò includono gli effetti collaterali come l’obesità (specie con gli antipsicotici atipici) e problemi associati quali l’ipertensione ed il diabete. Quando non è chiaro il beneficio tratto da un farmaco, il paziente dovrebbe essere sollecitato a sospenderlo prima di iniziarne uno nuovo.

### **D. Interventi familiari**

Genitori e coniugi spesso sostengono un carico importante. Essi solitamente si sentono mal giudicati e biasimati ingiustamente quando la persona con DBP li incolpa per la loro sofferenza. E’ sufficiente dire che vivere con questo disturbo rappresenta una sfida esistenziale sia per il paziente che per quelli che gli vogliono bene. Spesso i membri della famiglia accettano volentieri di essere educati riguardo alla diagnosi borderline, alla prognosi probabile, alle ragionevoli aspettative di cura ed a come dare il proprio contributo. Tali interventi spesso migliorano la comunicazione, riducono l’alienazione ed alleggeriscono i carichi familiari. Dovrebbero essere offerte sessioni congiunte con genitori e figli borderline, in cui è necessario

aver prima motivato entrambe le parti alla partecipazione, aver facilitato la comunicazione verbale (piuttosto che passare all'azione) e il desiderio di ascolto reciproco.

### **E. Terapie di gruppo**

Le terapie di gruppo comprendono quelle guidate da professionisti, con membri scelti, e gruppi di auto-aiuto, che sono composti da persone che si radunano assieme per discutere di problemi comuni. Entrambi sono trattamenti efficaci.

I gruppi di DBT sono strutturati come classi con focus specifici ed indicazioni fornite dal terapeuta del gruppo, e con compiti da svolgere a casa tra le sedute. I gruppi MBT offrono un modello per riconoscere gli errori di attribuzione e di come si possa avere un impatto sugli altri. I pazienti borderline possono essere resistenti a partecipare a gruppi di matrice interpersonale o psicodinamica, che richiedono l'espressione di sentimenti forti o il bisogno di autosvelamento. Inoltre, tali gruppi offrono ai pazienti borderline la possibilità di imparare da persone con esperienze di vita simili, elemento che, in combinazione con le altre modalità qui discusse, può significativamente aumentare l'efficacia del trattamento.

Molti pazienti borderline potrebbero trovare più accettabile unirsi a gruppi di auto-aiuto, come AA (*Alcolisti Anonimi, ndt*) e altri gruppi, che sono incentrati su problemi specifici come disturbi alimentari o che hanno funzioni puramente di sostegno come i Sopravvissuti allo Incesto. Tali gruppi di auto-aiuto, che forniscono una rete di sostegno tra pari, possono essere utili in aggiunta al trattamento, ma non dovrebbero essere considerati come unica fonte di supporto.

## **Conclusioni**

Nonostante la sua prevalenza nei setting clinici e gli enormi costi sostenuti dalla salute pubblica, il disturbo solo recentemente ha iniziato a ricevere l'attenzione che richiede. Questo dato risulta evidente se si considera l'emergere di gruppi di advocacy familiare/educativi/supportivi e la identificazione del DBP come obiettivo prioritario da parte dell'Istituto Nazionale di Salute Mentale (NIMH) e dell'Alleanza Nazionale sulla Salute Mentale (NAMI) nel 2006. Nel 2009, il Congresso americano ha approvato una delibera per aumentare la consapevolezza rispetto al disturbo e gli investimenti nell'ambito della ricerca e del trattamento. Fino ad ora non è accaduto.

La nostra comprensione del disturbo sta andando incontro ad un significativo cambiamento. Mentre la sua eziologia era una volta ritenuta essere esclusivamente ambientale, ora sappiamo che essa è fortemente genetica. Mentre in passato era ritenuto un disturbo estremamente cronico e resistente al cambiamento, ora sappiamo che esso ha in grossa parte una buona prognosi. Infine, mentre un tempo si riteneva che il trattamento del DBP richiedesse sforzi eroici, ora disponiamo di una varietà di interventi ideati in maniera specifica per il DBP, che possono portare importanti e permanenti benefici.



## Risorse, pubblicazioni e distribuzione

### **Behavioral Technology LLC**

*DBT referral, training and resources*

4556 University Way NE, Suite 200

Seattle, Washington 98105

(206) 675-8588 [www.behavioraltech.com](http://www.behavioraltech.com) E-mail: [information@behavioraltech.org](mailto:information@behavioraltech.org)

### **Borderline Personality Disorder Resource Center**

*BPD referral to resources and treatment*

New York Presbyterian Hospital-Westchester Division 21 Bloomingdale Road

White Plains, New York 10605 (888) 694-2273 [www.bpdresourcecenter.org](http://www.bpdresourcecenter.org) E-mail: [info@bpdresourcecenter.org](mailto:info@bpdresourcecenter.org)

### **National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA-BPD)**

*BPD conferences, publications, videos and education*

Rye, New York 10580

(914) 835-9011 [www.borderlinepersonalitydisorder.com](http://www.borderlinepersonalitydisorder.com) E-mail: [neabpd@aol.com](mailto:neabpd@aol.com)

### **NEABPD ©Family Connections**

*12-week course for relatives that provide education, coping skill strategies, and support*

(914) 835-9011 [www.borderlinepersonalitydisorder.com](http://www.borderlinepersonalitydisorder.com) E-mail: [neabpd@aol.com](mailto:neabpd@aol.com)

### **New England Personality Disorder Association (NEPDA)**

*BPD family workshops, regional conferences, education, advocacy, and support*

115 Mill Street

Belmont, Massachusetts 02478

(617) 855-2680 [www.nepda.org](http://www.nepda.org) E-mail: [info@nepda.org](mailto:info@nepda.org)

### **Publication and distribution of *A BPD Brief* is made possible by the support of the following Organizations:**

#### **New England Personality Disorder Association (NEPDA)**

McLean Hospital

115 Mill Street

Belmont, Massachusetts 02478

(617) 855-2680 E-mail: [info@nepda.org](mailto:info@nepda.org) [www.nepda.org](http://www.nepda.org)

#### **National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA-BPD)**

Rye, New York 10580

(914) 835-9011 E-mail: [neabpd@aol.com](mailto:neabpd@aol.com) [www.borderlinepersonalitydisorder.com](http://www.borderlinepersonalitydisorder.com)

#### **Borderline Personality Disorder Resource Center**

New York-Presbyterian Hospital-Westchester Division 21 Bloomingdale Road

White Plains, New York 10605 (888) 694-2273 E-mail: [info@bpdresourcecenter.org](mailto:info@bpdresourcecenter.org) [www.bpdresourcecenter.org](http://www.bpdresourcecenter.org)

#### **For copies of *A BPD Brief* contact:**

The Borderline Personality Disorder Resource Center

(888) 694-2273 E-mail: [info@bpdresourcecenter.org](mailto:info@bpdresourcecenter.org) [www.bpdresourcecenter.org](http://www.bpdresourcecenter.org)

**Per ricevere una copia della traduzione italiana contattare:** Dott.ssa Maria Elena Ridolfi: [ridolfime@yahoo.com](mailto:ridolfime@yahoo.com)



