Domenico Berardi
Istituto di Psichiatria
Università di Bologna

Trattamento farmacologico BPD

Corso formazione regionale
11 febbraio 2011

Henry Layton

Tu che passi qui vicino, ascolta:
mio padre era una persona mite,
mia madre invece era violenta,
mentre io nacqui composto da due parti
così contrastanti,
non mescolate e fuse tra loro.
ma ognuna distinta, appena appena saldata insieme.
Alcuni di voi mi reputarono un uomo mite,
altri un violento,
altri mi ritennero violento e mite a un tempo.
Ma nessuna delle due metà mi portò alla rovina.
Fu la frammentazione interiore,
con due metà separate, mai connesse l'una all'altra,
a far di me un'anima senza vita.

L'***Antologia di Spoon River*** è una raccolta di poesie che il poeta americano Edgar Lee Master pubblicò tra il 1914 e il 1915 sul *"Mirror"* di St. Louis. Ogni poesia racconta, in forma di epitaffio, la vita di una delle persone sepolte nel cimitero di un piccolo paesino della provincia americana.

Farmaci Utilizzati nel Trattamento del BPD

Sintomi dell'Umore	Impulsività	Sintomi psicotici/cognitivi
SSRIs SNRIs	SSRIs	Antipsicotici Tipici Antipsicotici Atipici
Antipsicotici Atipici	Antipsicotici Tipici Antipsicotici Atipici	SSRIs SNRIs
Clonazepam	Litio Carbamazepina Valproato	
IMAO	IMAO	
Litio Lamotrigina	Naltrexone	

Mod. da Gabbard, 2000

Ambiti psicopatologici

- affettivi
  - Rabbia intensa, inappropriata e difficilmente controllabile
  - Sentimenti cronici di vuoto
  - Instabilità affettiva e marcata reattività dell'umore (disforia, irritabilità)
- cognitivi
  - Transitoria ideazione paranoidea stress-relata e sintomi dissociativi
  - Disturbi dell'identità: instabile immagine di se o senso di se
- comportamentali (impulsività)
  - Comportamenti suicidiari e automutilazioni
  - Impulsività in aree dove può causare danno
- interpersonali
  - Tentativi di evitare l'abbandono
  - Relazioni instabili oscillanti tra idealizzazione e svalutazione

Lieb et al, The Lancet, 2004

Neurobiologia BPD

- In considerazione della eterogeneità del disturbo, i ricercatori hanno investigato diversi sottogruppi di pazienti, alla ricerca di differenti **endofenotipi**.
- Il neuroimaging strutturale e funzionale ha svelato disfunzioni in diverse regioni cerebrali che sembrano mediare importanti aspetti della sintomatologia del BPD
  - Disfunzioni nella corteccia fronto-limbica connesse a disfunzioni nella trasmissione serotoninergica sono associate con impulsività ed aggressività.
  - Disfunzioni della corteccia del giro cingolato anteriore, una regione cerebrale che media il controllo affettivo, possono essere correlate alla disregolazione affettiva.

Lieb et al, The Lancet, 2004

Sintomi “Bersaglio” del Trattamento Farmacologico del BPD

1. Disregolazione affettiva: instabilità dell’umore/sintomi depressivi;
2. Impulsività;
3. Comportamenti suicidari;
4. Gravi sintomi dissociativi/sintomi psicotici in reazione ad eventi stressanti
5. Sintomi post-traumatici.

Trattamento farmacologico BPD
trial clinici randomizzati

- Instabilità sintomatologica ed elevata risposta al PBO fanno si che gli **studi aperti**, tutti dai risultati positivi, vadano considerati con grande cautela (Liebb et al, 2004).
- Numero limitato di **RCT**, di qualità solo moderata, con campioni di piccole dimensioni e brevi periodi di osservazione.
- Pazienti lievi, di sesso femminile, elevato tasso drop-out
- Tutte le classi di psicofarmaci sono state testate nel trattamento del BPD
- I trial testano la farmacoterapia nel trattamento sintomatologico durante periodi di scompenso ma non sappiamo se migliora nel tempo elementi psicopatologi chiave

RCT Antidepressivi 1980-2006

AUTORE	SOGGETTI	N. CASI	SETTIMANE	**ANTIDEPRESIVO**
Montgomery and Montgomery, 1982, J Affect Dis	BPD e comportamento suicidiario	30	24	Mianserina vs PBO
Cowdry and Gardner, 1988 Arch Gen Psychiatry	BPD, no Depressione	16	6	Tranilcipromina vs NL vs Carbamazepina vs PBO
Soloff et al, 1989, J Clin Psychopharmacol	BPD, no Bipolare	90	5	Amitriptilina vs NL
Soloff et al, 1993, Arch Gen Psychiatry	BPD	108	5	Fenelzina vs NL
Salzmann et al, 1995, J Clin Psychopharmacol	BPD lieve o moderato, no asse I	22	13	Fluoxetina vs PBO
Coccaro et al, 1997, Arch Gen Psychiatry	PBP comportamento impulsivo – aggressivo	12	12	Fluoxetina vs PBO
Rinne et al, 2002, Am J Psychiatry	BPD donne	38	6	Fluvoxamina vs PBO
Simpson et al, 2004, J Clin Psychiatry	BPD donne, no Bipolare	25	10	Fluoxetina vs PBO
Zanarini and Frankeburg, 2004, J Clin Psychiatry	BPD donne, no Bipolare no Depressione	45	8	Fluoxetina vs NL

Herpertz et al, 2007, The World Journal of Biological Psychiatry

RCT Antipsicotici 1980-2006

AUTORE	SOGGETTI	N. CASI	SETTIMANE	**ANTIPSICOTICO**
Goldberg et al, 1986, Arch Gen Psychiatry	BPD	40	12	Tioridazina vs PBO
Cowdry and Gardner, 1988, Arch Gen Psychiatry	BPD, no Depressione	16	5	Trifluperazina vs BPO vs Carbamazepina vs NL
Soloff et al, 1989, J Clin Psychopharmacol	BPD, no Bipolare	90	5	Aloperidolo vs AD
Soloff et al, 1993, Arch Gen Psychiatry	BPD	108	5	Aloperidolo vs AD
Zanarini and Frankenburg, 2001, J Clin Psychiatry	BPD donne, no Depressione, no Bipolare, no Psicosi	28	24	Olanzapina vs PBO
Bogenshutz and Nurnberg, 2004, J Clin Pychiatry	BPD donne, no Depressione, no Bipolare, no Psicosi	40	12	Olanzapina vs PBO
Zanarini and Frankenburg, 2004, J Clin Psychiatry	BPD donne, no Depressione, no Bipolare, no Psicosi	45	8	Olanzapina vs AD
Soler et al, 2005, Am J Psychiatry	BPD donne, no Asse I	60	12	DBT + Olanzapina vs DBT + PBO
Nickel et al, 2006, Am J Psychiatry	BPD	57	8	Aripiprazolo vs BPO

Herpertz et al, 2007, The World Journal of Biological Psychiatry

RCT Stabilizzatori 1980-2006

AUTORE	SOGGETTI	N. CASI	SETTIMANE	**STABILIZZATORE**
Cowdry and Gardner, 1988, Arch Gen Psychiatry	BPD, no Depressione	16	5	Carbamazepine vs NL vs PBO
De la Fuente and Lostra, 1994, Eur Neuropsychopharmacol	BPD	20	4	Carbamazepina vs PBO
Hollander et al, 2001, J Clin Psychiatry	BPD, no Depressione, no Bipolare, no Psicosi	21	10	Valproato vs PBO
Frankenburg and Zanarini, 2002, J Clin Psychiatry	BPD donne, con Bipolare	30	28	Valproato vs PBO
Hollander et al, 2003, Neuropsychoparmacol	BPD con comportamenti impulsivo - aggressivo, no Depressione, no Bipolare	52	12	Valproato vs PBO
Tritt, 2005, J Psychoparmacology	BPD donne, no Bipolare, no Depressione	27	8	Lamotrigina vs PBO
Nickel et al, 2004, J Clin Psychiatry	BPD donne, no Bipolare, no Depressione	31	8	Topiramato vs PBO
Nickel et al, 2005, Biol Psychiatry	BPD maschi, no Bipolare, no Depressione	42	8	Topiramato vs PBO
Loew et al, 2006, J Clin Psychoapharmacol	BPD donne	56	10	Topiramato vs PBO

Herpertz et al, 2007, The World Journal of Biological Psychiatry

Antidepressivi

Level C evidence: minimal research-based evidence to support the raccomendation

- Significativi miglioramenti in tutti gli studi su depressione ed ansia, mentre per impulsività e comportamenti aggressivi vi sono dati positivi ma meno conclusivi
- Non vi sono dati che testino l'efficacia di SSRI su sensazione di vuoto interiore, solitudine, noia e disforia cronica. Una delle cause della polifarmacia nei BPD può essere la confusione di questi sintomi con depressione resistente.
- Tre studi su 9 riportano aumento di Global Functioning
- In due studi di add-on di fluoxetina più psicoterapia, il farmaco non comporta vantaggi aggiuntivi di rilievo.

Antidepressivi
comparazioni e tollerabilità

- Non vi sono studi comparativi tra AD.
- In caso di non risposta ad un SSRI non è noto se un secondo farmaco possa giovare.
- In una popolazione caratterizzata da bassa compliance ed alta impulsività, orientare la scelta sulla sicurezza.
- Obesità, ipertensione e diabete più frequenti nei BPD che nella popolazione generale (Frankenburg and Zanarini, 2004).
- SSRI sono AD di prima scelta.

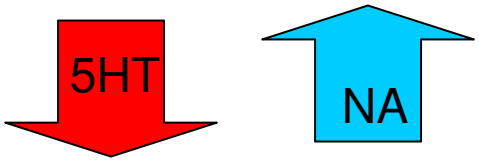
Impulsività/aggressività

- Bassa soglia per risposte attive a stimoli interni ed esterni, disinibizione motoria e tendenza verso strategie comportamentali orientate all'azione ed aggressive
- I soggetti impulsivi/aggressivi hanno difficoltà a prevedere le conseguenze dei loro comportamenti, ad apprendere dalle conseguenze negative dei loro comportamenti precedenti, e ad inibire o ritardare appropriatamente l'azione
- Tendono ad esternalizzare la causa delle loro difficoltà, sono predisposti ad esprimere eccessivamente la frustrazione e la aggressione e difficilmente provano sensi di colpa

La 5HT è implicata nel controllo dei comportamenti e nella impulsività

Studi neurobiologici hanno osservato una ipofunzione serotoninergica nei BPD (ridotta concentrazione di metaboliti serotoninergici e bassa risposta prolattinemica alla fenfluramina, una sostanza che induce il rilascio di 5-HT)

I farmaci che incrementano la funzione serotoninergica attenuano la impulsività ed i comportamenti aggressivi nei pazienti con BPD



Aumentata attività NA possibilmente coinvolta nel discontrollo di comportamenti impulsivo/aggressivi

Alti livelli di metaboliti noardrenergici; l'agonista noradrenergico clonidina induce aumentata secrezione di ormone Somatotropo

Per converso, una ridotta funzione NA nei depressi può bloccare i comportamenti aggressivi eterodiretti

L'aumento della attività NA, ottenuto con stimolanti o antidepressivi, può avere impatto negativo su impulsività/aggressività

Agenti antiadrenergici, come il propranololo, possono ridurre i comportamenti aggressivi

Sintomi “Bersaglio” del Trattamento Farmacologico- **Instabilità dell’Umore**

- Relazione (clinica, di decorso e, forse, di suscettibilità genetica) tra BPD e disturbi dell’umore (*McGlashan, 1983; Torgersen, 1994; Klein et al, 2001; Henry et al, 2001; Paris, 2004; Smith et al, 2004*);
- Sintomi depressivi frequenti ma con caratteristiche peculiari (es. pochi o assenti sintomi vegetativi, rare le forme melancoliche “pure”) (*Gunderson & Phillips, 1991*);
- Risposta agli antidepressivi imprevedibile e variabile con maggiore rischio di viraggio (*Gunderson & Phillips, 1991; Mundo et al, 1993*).

Antipsicotici

Level B evidence: fair research-based evidence

- I NL tradizionali non comportano una significava riduzione dei sintomi di tipo psicotico (psychotic-like) o di altri sintomi.
- Gli SGA hanno mostrato effetti positivi sia sui sintomi psicotici che su rabbia ed impulsività.
- I tassi di drop-out elevati, soprattutto nei pochi studi a lungo termine, impediscono di determinare se il loro effetto persiste nel tempo.
- Gli antipsicotici di I e II generazione sono attivi a dosi più basse che nella schizofrenia.

Antipsicotici
comparazioni e tollerabilità

- Non vi sono studi comparativi tra antipsicotici.
- Sensibilità agli EPS con NL tradizionali.
- L'aumento di peso indotto da SGA è problematico in quanto il 29-53% dei pazienti con BPD hanno diagnosi lifetime di disturbi dell'alimentazione (principalmente bulimia nervosa) e ancor più soffrono di obesità (Frankenburg and Zanarini, 2006).
- Gli SGA sono da considerare trattamenti di prima scelta.

Stabilizzatori

Level C evidence: minimal research-based evidence to support the raccomendation

- Gli stabilizzatori sono efficaci nel modulare il discontrollo comportamentale in individui altamente impulsivi.
- Le evidenze presenti non sostengono invece l'efficacia degli stabilizzatori sulla instabilità affettiva.
- Gli stabilizzatori sono indicati in caso di comorbidità (10-25% dei casi) con disturbo bipolare.
- La possibilità che il topiramato abbia vantaggi su valproato e lamotrigina deve essere verificati in trial adeguati.

Brief Report

Impact of Trait Impulsivity and State Aggression on Divalproex Versus Placebo Response in Borderline Personality Disorder

Eric Hollander, M.D.
Alan C. Swann, M.D.
Emil F. Coccaro, M.D.
Ping Jiang, M.S.
Thomas B. Smith, M.D.

Objective: The authors' goal was to determine whether specific pretreatment clinical characteristics differentially predict favorable treatment response to divalproex versus placebo for impulsive aggression in patients with borderline personality disorder.

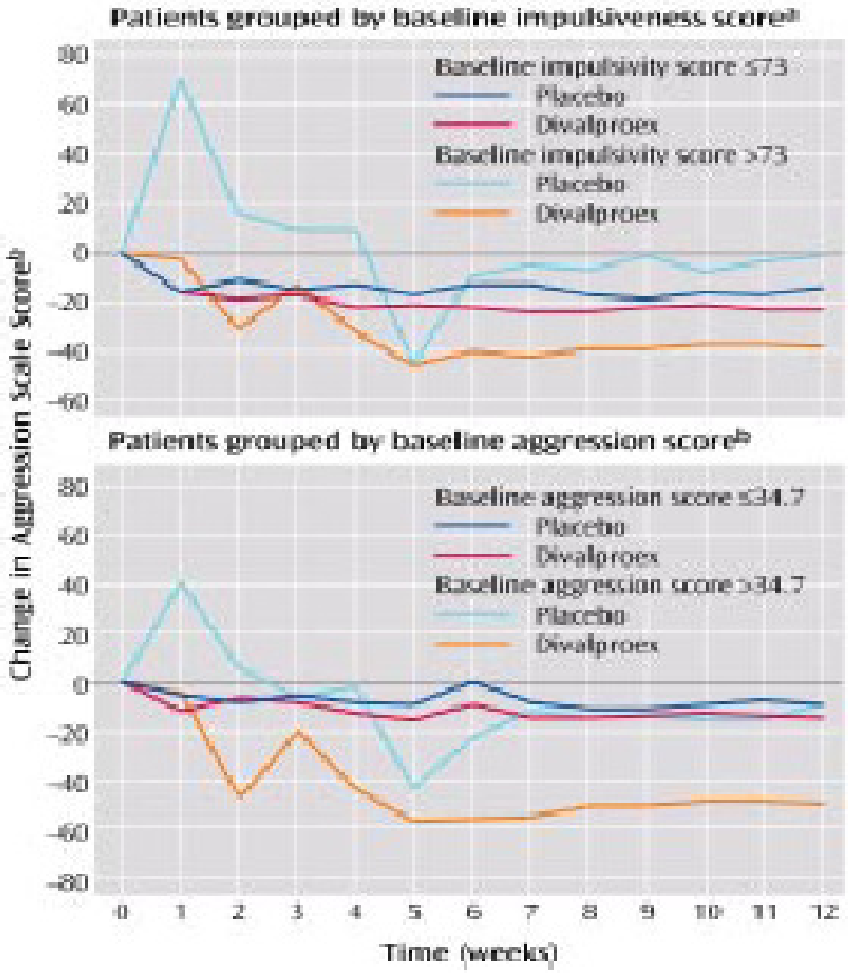
Method: Fifty-two outpatients with DSM-IV borderline personality disorder were randomly assigned to receive divalproex (N=20) or placebo (N=32), double-blind, for 12 weeks. Trait impulsivity symptoms were determined by using the Barratt Impulsiveness Scale, and state aggression symptoms were determined by using the Overt Aggression Scale modified for outpatients. Affective stability was determined by using the Young Mania Rating Scale and the Hamilton Depression Rating Scale. Analyses were performed to identify possible baseline symptom domains that predict treatment response.

Results: Divalproex was superior to placebo in reducing impulsive aggression in patients with borderline personality disorder. Divalproex-treated patients responded better than placebo-treated patients among those with higher baseline trait impulsivity symptoms and state aggression symptoms. The effects of baseline trait impulsivity and state aggression appear to be independent of one another. However, baseline affective instability did not influence differential treatment response.

Conclusions: Both pretreatment trait impulsivity symptoms and state aggression symptoms predict a favorable response to divalproex relative to placebo for impulsive aggression in patients with borderline personality disorder.

(Am J Psychiatry 2005; 162:621–624)

FIGURE 1. Impact of Pretreatment Impulsiveness and Aggression Scores on Change in Aggression Scores of 50 Patients With Borderline Personality Disorder After Receiving Placebo or Divalproex Sodium for 12 Weeks



[a] Total score on Barratt Impulsiveness Scale.
[b] Aggression scale score on Overt Aggression Scale modified for outpatients.

52 Pazienti con BPD (DSM-IV): 32 placebo e 20 valproato (dose: 550-2250 mg die), in doppio cieco per 12 settimane.

Valproato superiore al placebo nel ridurre aggressivita' e impulsivita' in soggetti con BDL-PD

• solo nei pazienti con alti livelli di impulsivita' e aggressivita' pre-trattamento.

• indipendente dall'instabilita' affettiva di base

Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials.

Michela Nosè et al
Dept. Medicina and Public Health, section of Psychiatry, Univerity of Verona

Intl Clin Psychopaharmacology, 2006

- Trial prospettici, randomizzati, PBO controllati
- Trattamenti farmacologici orientati a migliorare una o più delle seguenti **dimensioni** (misure di esito):
  - instabilità affettiva (STAXI)
  - impulsività ed aggressione (OAS-M)
  - instabilità relazionale (SCL-90)
  - suicidialità (OAS-M)
  - global functioning (GAS)
- 20 articoli relativi a 22 RCT.

RCT inclusi nella metanalisi

Farmaco	Autore	p. farmaco	p. pbo	settimane
Aripiprazolo	Nickel, 2006	26	26	8
Aloperidolo	Soloff, 1986	23	11	5
Aloperidolo	Soloff, 1993	36	17	5
Olanzapina	Zanarini, 2001	19	9	24
Olanzapina	Bogenshutz, 2004	20	20	12
Olanzapina	Soler, 2005	30	30	12
Risperidone	Koenisberg, 2003	15	10	9
Tiotixene	Goldberg, 1986	24	26	12
Amitriptilina	Soloff, 1986	20	10	5
Fluoxetina	Salzman, 1995	13	9	12
Fluoxetina	Coccaro, 1997	27	13	12
Fluoxetina	Simpson, 2004	12	13	12
Fluvoxamina	Rinne, 2002	20	18	6
Carbamazepina	De La Fuente, 1994	10	10	5
Valproato	Hollander, 2001	12	4	10
Valproato	Frankenburg, 2002	20	10	24
Valproato	Hollander, 2003	47	49	4
Lamotrigina	Tritt, 2005	18	9	8
Topiramato	Nickel, 2004	21	10	8
Topiramato	Nickel, 2005	22	20	8

Nosè et al, 2006

Efficacia dei farmaci nei diversi ambiti psicopatologici del BPD

Instabilità affettiva

	p. farmaco	p. pbo	p
Antipsicotici	50	52	0.28
Antidepressivi	69	51	0.004
Stabilizzatori	86	55	0.0008

Impulsività e aggressione

	p. Farmaco	p. pbo	p
Antipsicotici	81	78	0.05
Antidepressivi	130	100	0.34
Stabilizzatori	62	56	0.21

Global functioning

	p. farmaco	p. pbo	p
Antipsicotici	155	156	0.01
Antidepressivi	76	68	0.10
Stabilizzatori	76	68	0.48

Nosè et al, 2006

Efficacia dei farmaci nei diversi ambiti psicopatologici del BPD

	Instabilità affettiva	**Impulsività**	**Global functioning**
Antipsicotici		efficace	efficace
Antidepressivi	efficace	solo SSRI	
Stabilizzatori	efficace		

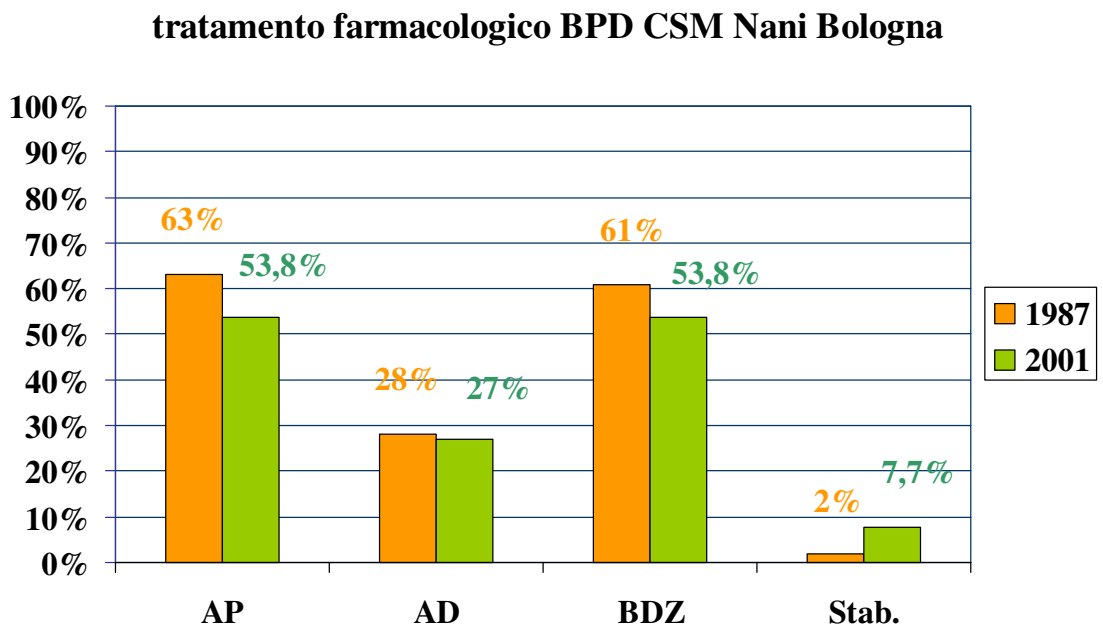
Nosè et al, 2006

Un unico RCT sulla efficacia della politerapia

- Mary Zanarini e coll, J Clin Psychiatry, 2004
- Donne con BPD
- RCT 8 settimane: 14 p. con fluoxetina, 16 p. con olanzapina, 15 p. con combinazione
- Misure di esito: Depressione (Montgomery) e aggressività impulsiva (MOAS)
- Olanzapina e combinazione > fluoxetina
- Olanzapina 2.9 kg, fluoxetina 0.4 kg, combinazione 1.4 kg.

benzodiazepine

- In uno studio comparativo con altre classi di PF, i pazienti con alprazolam hanno mostrato aumento di episodi di discontrollo comportamentale (Cowdry and Gardener, 1988).



Risultati degli RCT

- Nessuna classe di farmaci determina miglioramento generale della psicopatologia del disturbo borderline
- Varie classi di psicofarmaci incidono più o meno significativamente su aree sintomatologiche
- Il miglioramento del global functioning è modesto
- Nessun farmaco è registrato per il trattamento del BPD

NHS
National Institute for
Health and Clinical Excellence

Quick reference guide

Issue date: January 2009

Borderline personality disorder

Treatment and management

The role of drug treatment

Do not use:

- drug treatment specifically for borderline personality disorder or for the individual symptoms or behaviour associated with the disorder (for example, repeated self-harm, marked emotional instability, risk-taking behaviour and transient psychotic symptoms)
- antipsychotic drugs for the medium- and long-term treatment of borderline personality disorder.

- Consider drug treatment in the overall treatment of comorbid conditions (see page 14).
- Consider cautiously short-term use of sedative medication as part of the overall treatment plan for people with borderline personality disorder in a crisis (see page 15). Agree the duration of treatment with them, but it should be no longer than 1 week.[3]
- Review the treatment of those who do not have a diagnosed comorbid mental or physical illness and who are currently being prescribed drugs. Aim to reduce and stop unnecessary drug treatment.

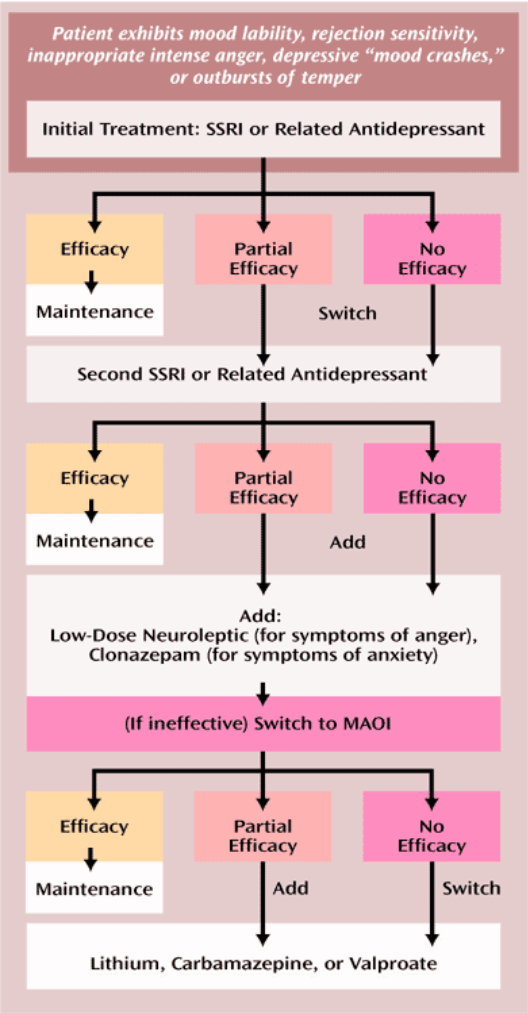
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
PRACTICE GUIDELINES

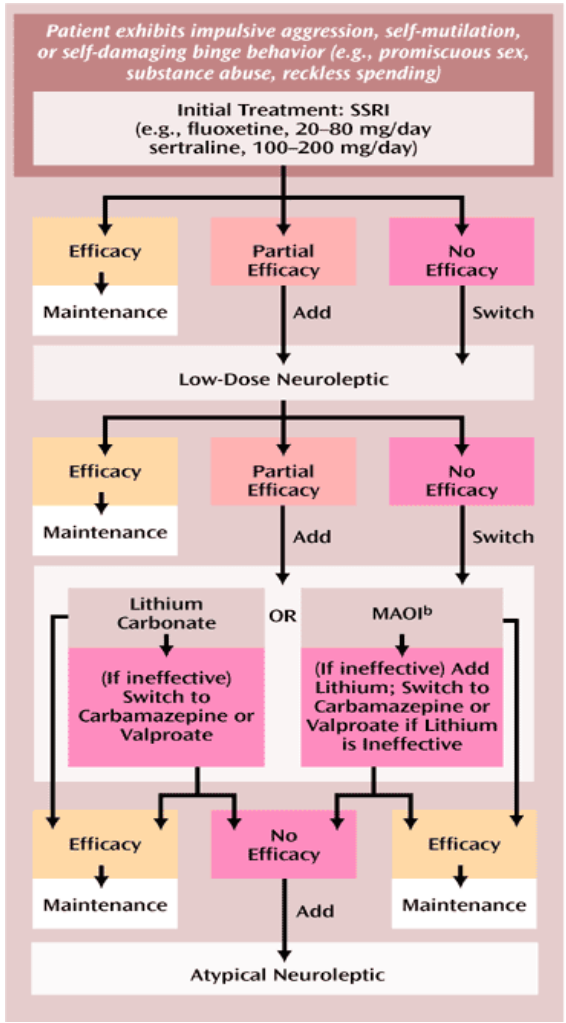
Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder

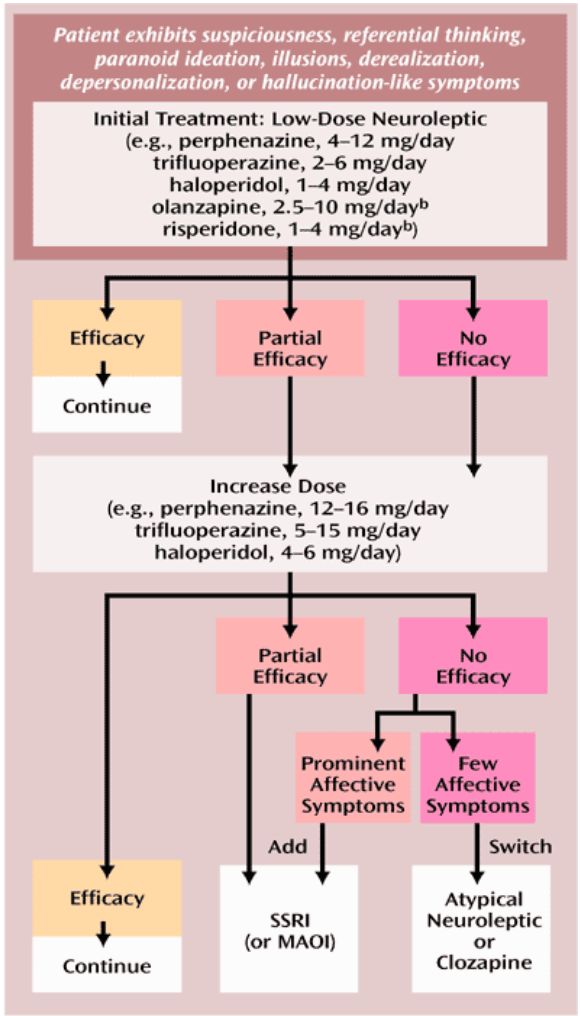
- Il trattamento di base per il PBD è costituito da interventi psicosociali di provata efficacia
- Il trattamento farmacologico ha un ruolo accessorio
- Trattamenti farmacologici mirati per cluster di sintomi

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
PRACTICE GUIDELINES

Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder





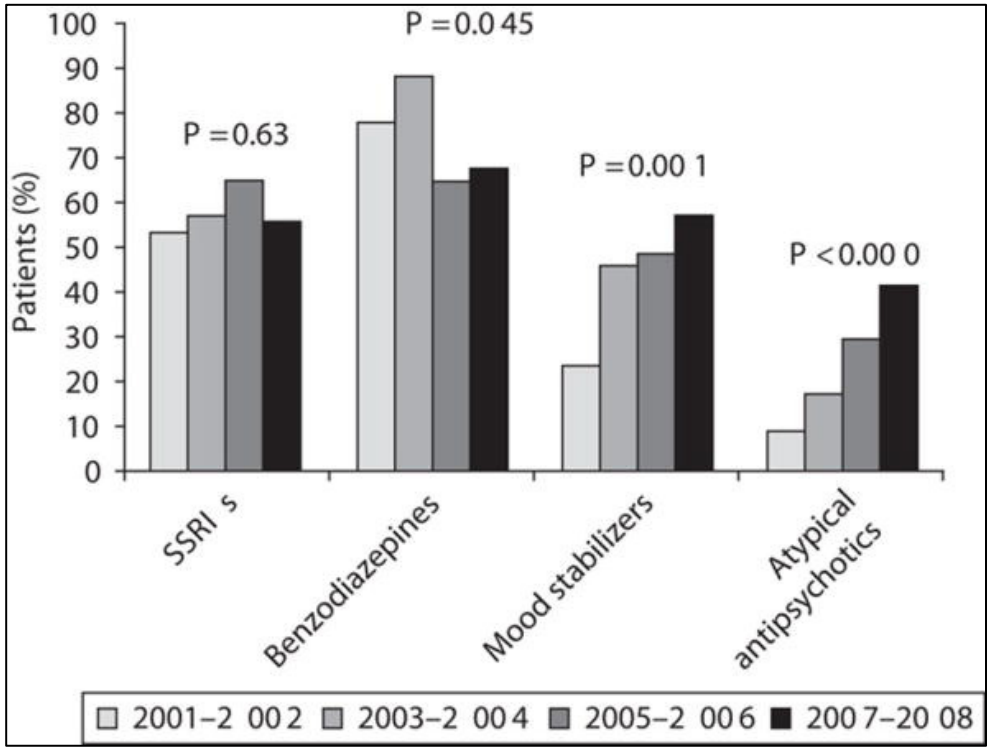


AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
PRACTICE GUIDELINES

Utilizzazione dei farmaci in pazienti con BPD valutata per 24 mesi nei 4 siti del Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. (Oldham et al, 2004)

Sintomi cognitivo - percettivi	→	Antipsicotici	SSRI 78% AP 44% SU 55%
Disregolazione affettiva	→	SSRI	SSRI 75% AP 40% SU 45%
Impulsività. Aggressività	→	SSRI	SSRI 74% AP 56% SU 90%

Fig. 1



A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines.

Pascual, Juan; Martin-Blanco, Ana; Soler, Joaquim; Ferrer, Alicia; Tiana, Thais; Alvarez, Enrique; Perez, Victor

International Clinical Psychopharmacology.
25(6):349-355, November 2010.
DOI: 10.1097/YIC.0b013e32833e23ed

Fig. 1 Changes in pharmacological prescriptions for patients with borderline personality disorder from 2001 to 2009. SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor.

© 2010 Lippincott Williams & Wilkins, Inc. Published by Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Obiettivi del Trattamento Farmacologico nel BPD

- Il trattamento del BPD non è farmacologico e le linee-guida sono inadeguate (*Oldham et al., 2004; Kendall et al., 2009*)
- Il trattamento farmacologico, nell'ambito del progetto terapeutico più ampio serve per:
  - Rafforzare la "cornice terapeutica";
  - Limitare i sintomi che possono portare il paziente ad abbandonare il percorso terapeutico;
  - Evitare le complicanze dei sintomi psicopatologici nel breve-medio termine (es. abuso di sostanze, impulsività autolesiva, anomalie condotta alimentare).

Brief Report

Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Dialectical Behavior Therapy Plus Olanzapine for Borderline Personality Disorder

Joaquim Soler, Psy.D.
Juan Carlos Pascual, M.D.
Josefa Campins, Psy.D.
Judith Barrachina, Psy.D.
Dolors Puigdemont, M.D.
Enrique Alvarez, M.D., Ph.D.
Victor Pérez, M.D., Ph.D.

Objective: The aim of this study was to determine the efficacy and safety of dialectical behavior therapy plus olanzapine compared with dialectical behavior therapy plus placebo in patients with borderline personality disorder.

Method: Sixty patients with borderline personality disorder were included in a 12-week, double-blind, placebo-controlled study. All patients received dialectical behavior therapy and were randomly assigned to receive either olanzapine or placebo following a 1-month baseline period.

Results: Seventy percent of the patients completed the 4-month trial. Combined treatment showed an overall improvement in most symptoms studied in both groups. Olanzapine was associated with a statistically significant improvement over placebo in depression, anxiety, and impulsivity/aggressive behavior. The mean dose of olanzapine was 8.83 mg/day.

Conclusions: A combined psychotherapeutic plus pharmacological approach appears to lower dropout rates and constitutes an effective treatment for borderline personality disorder.

(Am J Psychiatry 2005; 162:1221–1224)

Comorbilità in Asse I e II

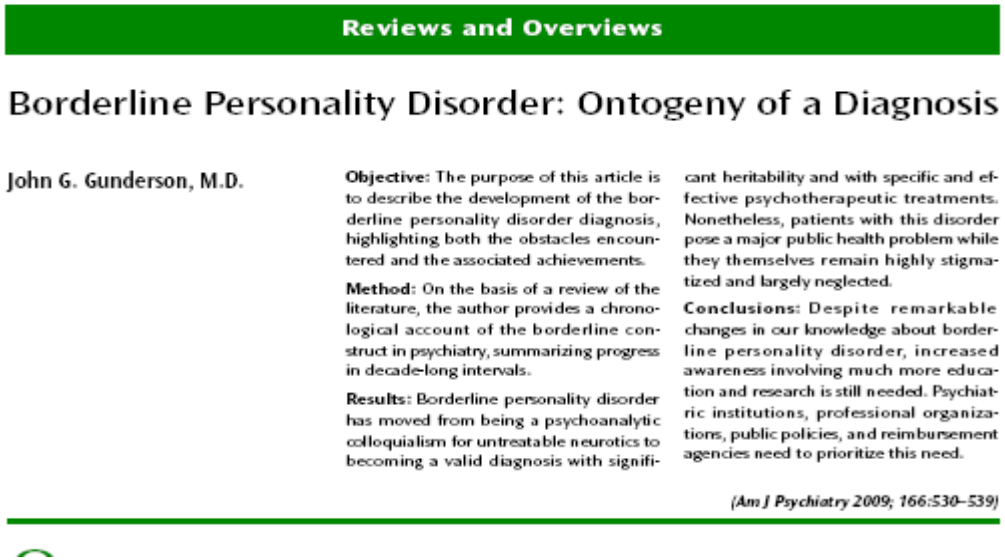
Le Aree del DBP sono sovrapponibili a quelle di altri disturbi in asse I

Diagnosi	Pazienti DBP
Depressione	50%
Distimia	70%
Disturbo Bipolare	20%
DCA	25%
PTSD	30%
Disturbo correlato a Sostanze	35%
Somatizzazione	5%
DAP	25%

John Gunderson
La personalità borderline,2008

Su quale “confine”?

i. Schizofrenia (‘70)
ii. Depressione (‘80)
iii. PTSD (‘90)
iv. Disturbo bipolare (2000)



Reviews and Overviews

Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis

John G. Gunderson, M.D.

Objective: The purpose of this article is to describe the development of the borderline personality disorder diagnosis, highlighting both the obstacles encountered and the associated achievements.

Method: On the basis of a review of the literature, the author provides a chronological account of the borderline construct in psychiatry, summarizing progress in decade-long intervals.

Results: Borderline personality disorder has moved from being a psychoanalytic colloquialism for untreatable neurotics to becoming a valid diagnosis with significant heritability and with specific and effective psychotherapeutic treatments. Nonetheless, patients with this disorder pose a major public health problem while they themselves remain highly stigmatized and largely neglected.

Conclusions: Despite remarkable changes in our knowledge about borderline personality disorder, increased awareness involving much more education and research is still needed. Psychiatric institutions, professional organizations, public policies, and reimbursement agencies need to prioritize this need.

(Am J Psychiatry 2009; 166:530–539)

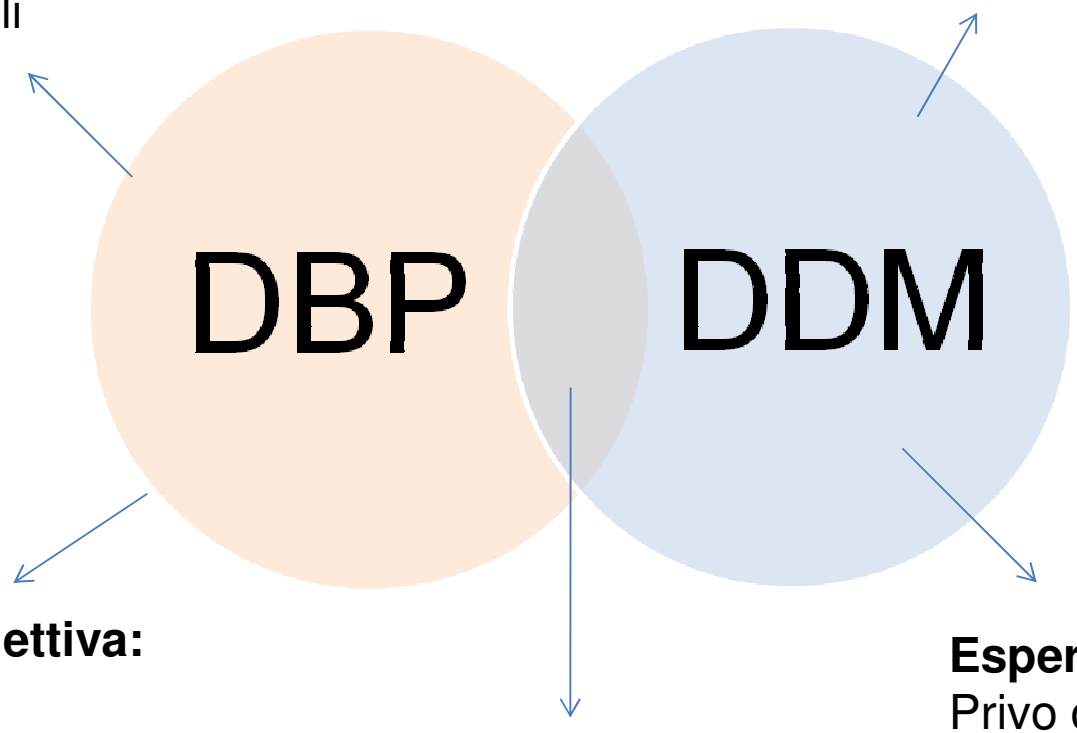
DP Comorbidità

DP comorbidi nel 50% delle patologie affettive e nell'uso di alcol e sostanze

- DEPRESSIONE. Metanalisi Newton-Howes (Br. J. Psychiatry, 2006). D+DP Esito negativo vs D, OR 2.2 (minore efficacia e minore compliance).
- BIPOLARE Schwartz (Bipolar Disord 2005) Bipolare+DP minore stabilizzazione umore, maggiore uso stabilizzatori atipici, alti tassi drop-out
- ALCOL E SOSTANZE Ranvdal (Eur Addict Res 2005) Conclusione trattamento residenziale pazienti con problemi di alcol e DP OR 0.4. Herbeck (Am J Addict 2005) alcol+DP 3 Treatment Resisiting su 1 Treatment Seeking

Tratti di personalità:
Impulsività
Atteggiamenti svalutativi
Relazioni instabili

Tratti di personalità:
Ansioso
Preoccupato
Consapevole



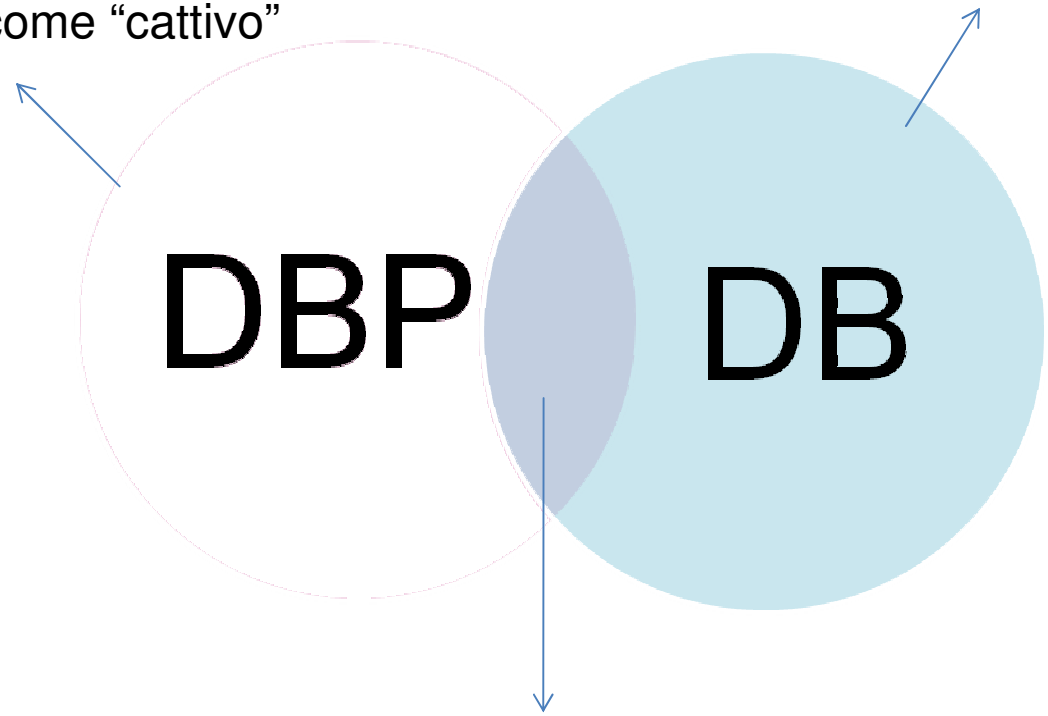
Esperienza soggettiva:
Arrabbiato
Solo
Vuoto

Esperienza soggettiva:
Privo di speranza
Fallito

Caratteristiche comuni:
Anergia
“Cattiveria”
Dipendenza

Tratti di personalità:
Sensibilità Interpersonale
Verso ostilità e separazioni
Immagine di sé come “cattivo”

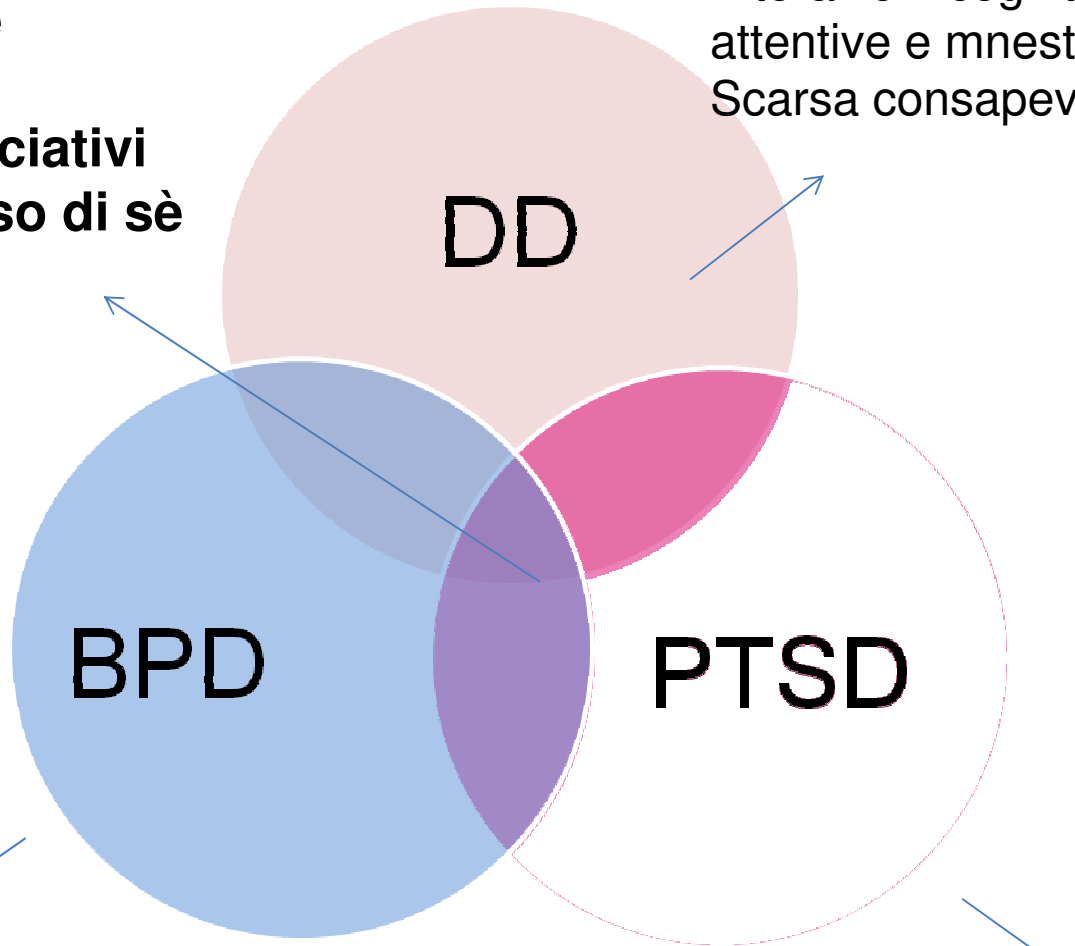
Tratti di personalità:
Insensibilità Interpersonale
Immagine di sé grandiosa



Caratteristiche comuni:
Impulsività, Instabilità affettiva, Rabbia inappropriata,
Tendenze suicide ricorrenti, Relazioni instabili

Trauma infantile
Abuso sessuale
Fenomeni dissociativi
Alterazione senso di sè

Alterazioni del senso della realtà,
Alterazioni cognitive,
attentive e mnestiche
Scarsa consapevolezza e criticità

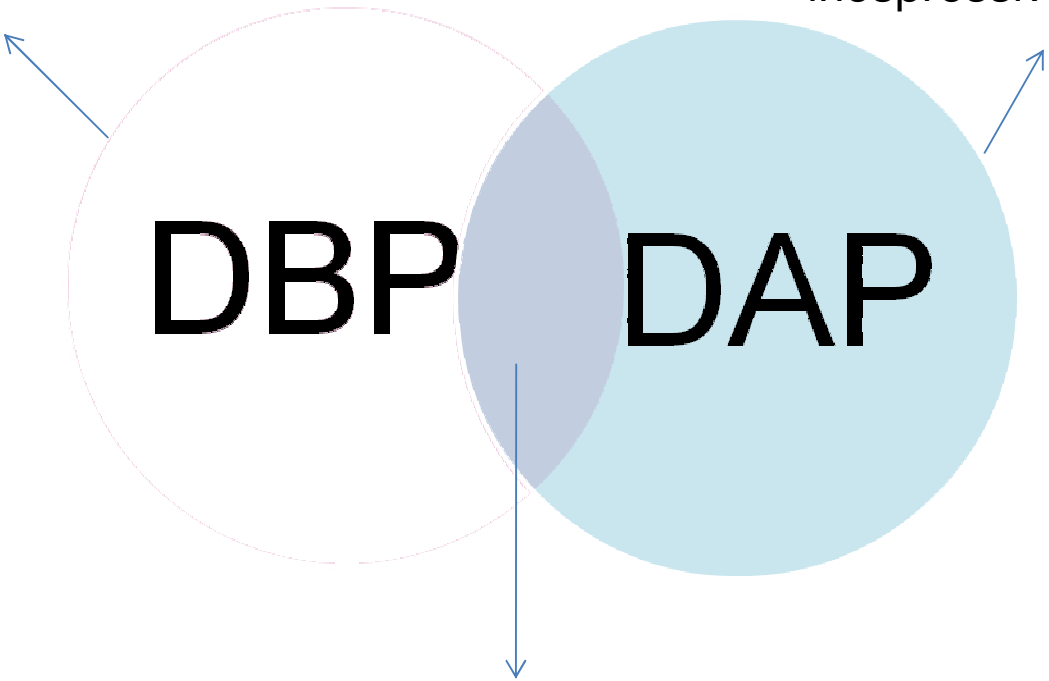


Ricerca di supporto, aiuto,
Attaccamento disorganizzato, famiglie
“neglect”, estranee emotivamente,
L’ansia e l’impulsività legate alla minaccia di
abbandono

Flashback, stati d’ansia riferiti
all’evento, diffidenza e paura,
evitamento delle relazioni

Tratti di personalità:
Ricerca la relazione.
Bisognoso di cure e aiuto.
Idealizzazione/svalutazione

Tratti di personalità:
Mancanza di empatia,
freddezza, calcolatore,
privo di scrupoli e rimorsi,
inespressivo



Caratteristiche comuni:
Impulsività, ostilità, aggressività, irascibilità,
Trasgredisce alle regole, spericolato
Abuso di sostanze illecite

Conclusioni

- L'obiettivo della terapia farmacologica nel BPD è principalmente quello di limitare i sintomi che possono condizionare l'adesione e la permanenza del paziente nei programmi terapeutici
- Rivalutare periodicamente i trattamento prescritti, distinguendo efficacia in acuto e nel lungo termine
- Confrontare effetti terapeutici ed antiterapeutici nel breve e lungo termine
- Trattare la comorbidità di asse I
- Individuare le dosi ottimali
- Valutare pro e contro della politerapia