

Psicopatologia del Disturbo Borderline di Personalità

Michele Sanza
Bologna 15 ottobre 2010

Lo skills Training della DBT nel trattamento integrato
del Disturbo Borderline di Personalità

Storia del costrutto "Borderline"

- Adolph Stern (1938) descrisse per primo soggetti che non potevano essere inquadrati né come "nevrosi" né come "psicosi";
- Persone ipersensibili, "narcisistiche" (nel senso di idealizzare e svalutare alternativamente il terapeuta), con spiccato senso di inferiorità, propense ad usare meccanismi proiettivi (a volte fin quasi a raggiungere spunti deliranti).

Le psicosi transitorie

- Robert Knight (1953) si occupò di quei casi che mostravano uno sconfinamento transitorio in forme di psicosi;
- dietro un apparente funzionamento tipicamente nevrotico, una "regressione" e una severa debolezza dell'Io;
- anche se all'ombra della schizofrenia, Knight però li concepì come una entità nosografica sufficientemente autonoma.

Un “colloquialismo” psicoanalitico

- Il pensiero psicoanalitico considerava l’analizzabilità quale discrimine tra nevrosi e psicosi.
- Dal concetto di pazienti non analizzabili a quello di organizzazione di personalità.

THE YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE 58 (1985), 275–288

Analytically Oriented Psychotherapy in Schizotypal and Borderline Patients: At the Border of Treatability

MICHAEL H. STONE, M.D.*

*Clinical Professor of Psychiatry, Mt. Sinai School of Medicine, New York, and
Attending in Psychiatry, Beth Israel Medical Center, New York, New York*

Received October 12, 1984

Analytically oriented psychotherapy (AOP) has been considered the treatment of choice for borderline patients and a useful technique in the treatment of schizotypal patients. There are many exceptions, however, in addition to a number of borderline and schizotypal patients who are just barely amenable to this modality: they are at the border of treatability by AOP. Limitations relating to time, cost, and the availability of therapists trained in this discipline render it important to delineate the factors which conduce either to the success or failure of AOP.

From the author's clinical impressions about borderline and schizotypal patients at the border of treatability by AOP, a number of such factors emerge. On the positive side: likeableness, autoplasic defenses, high motivation, psychological-mindedness, genuine concern, good moral sense, self-discipline, and low impulsivity. Negative factors include, beside the opposites to the aforementioned, vengefulness and parental abusiveness or exploitation. A scale for measuring the balance between these positive and negative factors is proposed. Its use may, it is hoped, improve forecast, during initial consultation, as to which borderline and schizotypal patients will respond favorably to AOP.

Organizzazione Borderline di Personalità

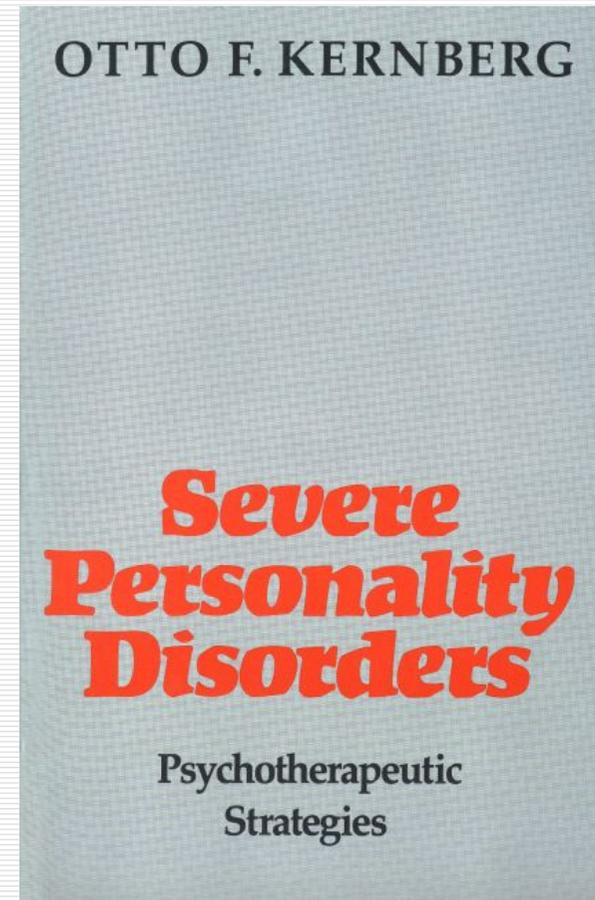
- Otto Kernberg (1967) introdusse il concetto di organizzazione borderline di personalità;
- Strutturazione deficitaria dell'identità;
- Ricorso a meccanismi di difesa primitivi (scissione e identificazione proiettiva);
- Esame di realtà assente solo in condizioni di stress.



-
- I tre principali criteri diagnostici (identità, esame di realtà, difese) definiscono anche le strutture nevrotiche e psicotiche:
 - n nelle nevrosi vi sono identità integrata, presenza di esame di realtà, e difese mature (rimozione, formazione reattiva, isolamento, razionalizzazione, intellettualizzazione, ecc.),
 - n nelle psicosi vi sono identità diffusa, assenza di esame di realtà, e difese primitive.

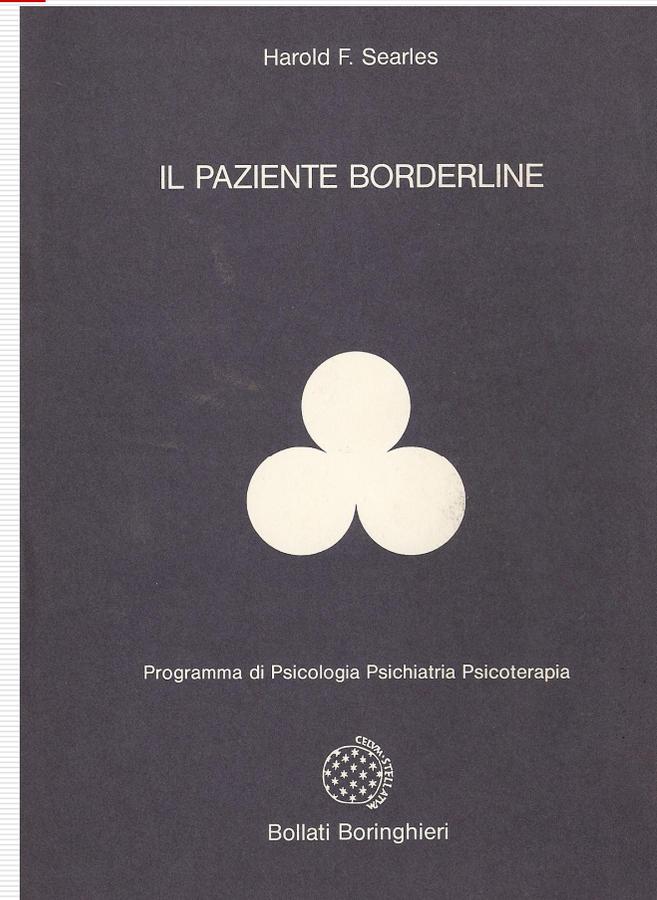
Altri criteri non specifici

- n bassa tollerabilità dell'ansia;
- n basso controllo dell'impulsività;
- n limitate capacità di sublimazione.



Le reazioni di traslazione

- L'analisi del controtransfert trova un posto significativo nel pensiero di Searles.
- Frequenti sono le situazioni in cui il terapeuta si sente minacciato dalle istanze fusionali del paziente.
- Il processo di cura psicoanalitico si sviluppa attraverso l'immagine interiorizzata del terapeuta.



Il controtransfert negativo è frequente ed è in relazione con:

- Il senso di colpa inconscio del paziente Borderline;
- Il bisogno di distruggere ciò che si è ricevuto a causa dell'invidia per il terapeuta;
- Il bisogno di distruggere il terapeuta come oggetto buono a causa dell'identificazione inconscia del paziente con un oggetto sadico primitivo.

Otto Kernberg, 1977

L'eredità della Psicoanalisi

- Il riconoscimento della stabile instabilità dei pazienti con DBP;
- Il bisogno disperato di attaccarsi agli altri come oggetti transazionali;
- Il senso distorto dell'identità (self) e degli altri;
- L'uso sistematico della scissione;
- La paura di essere abbandonati.

La Sindrome Borderline (1968)

- Roy Grinker et al, (1968) con una importante ricerca fenomenologica fece un ulteriore passo nel sistematizzare la diagnosi di disturbo borderline come entità autonoma.

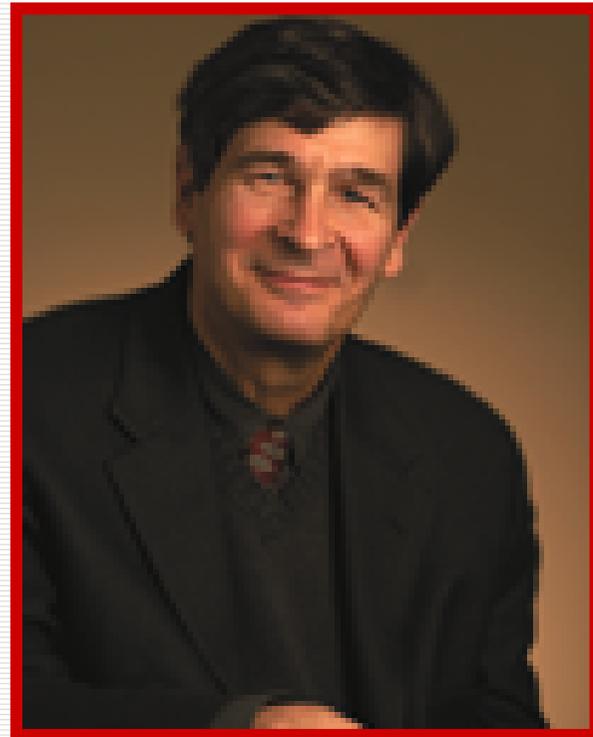
- I loro criteri diagnostici, basati prevalentemente su comportamenti osservabili, erano i seguenti:
 1. Compromissione dell'identità del sé;
 2. Relazioni di tipo anaclitico;
 3. tendenza alla depressione legata all'isolamento;
 4. Rabbia espressa come emozione prevalente;
 5. difese primitive (negazione e proiezione).

I sottotipi di Grinker

- L'analisi fattoriale suggerì la possibilità di individuare 4 sottotipi:
 - 1) al limite della psicosi, con lacune nell'esame di realtà e comportamento inappropriato;
 - 2) borderline veri e propri o "nucleari", con identità diffusa, acting out aggressivi, ecc.;
 - 3) personalità "come se", prive di affettività, apparentemente adattate ma poco genuine o spontanee;
 - 4) al limite della nevrosi, con depressioni anaclitiche e tratti narcisistici.

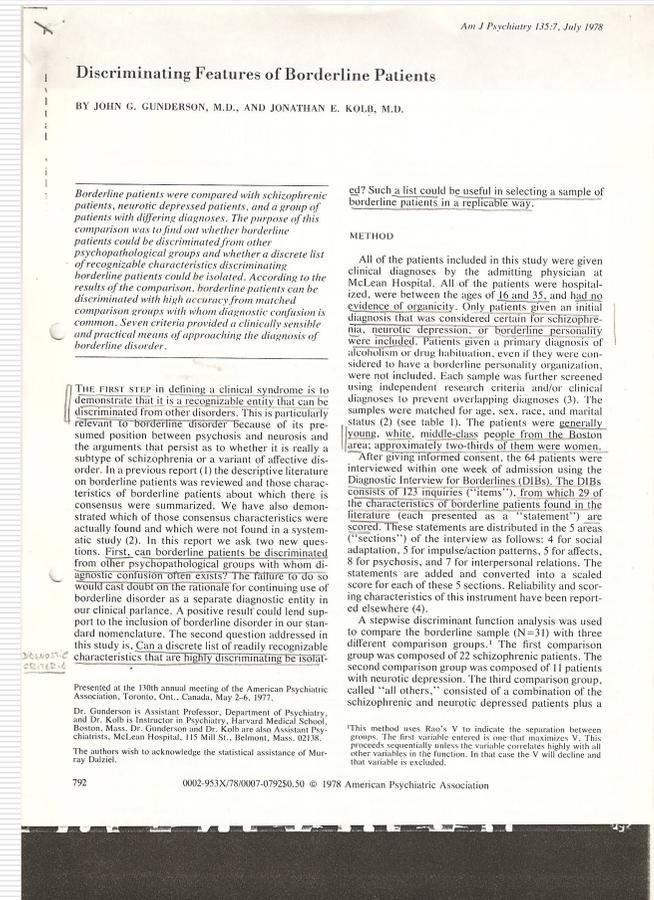
Verso il DSM-III

- Gunderson & Singer (1975) condividono l'approccio descrittivo di Grinker;
- Formula l' "Intervista Diagnostica per i Borderline" (Diagnostic Interview for Borderlines: DIB) volta ad evidenziare i criteri diagnostici.



Criteri formulati da Gunderson (1978)

1. Scarso funzionamento globale;
2. Impulsività (abuso di sostanze, promiscuità, ecc.);
3. Gesti suicidari di tipo manipolatorio;
4. Elevata instabilità affettiva
5. Brevi o lievi episodi psicotici;



-
6. Buon livello di socializzazione, anche se costituito da un superficiale adattamento che nasconde un disturbo dell'identità e identificazioni rapide e fluttuanti con gli altri;
 7. Disturbo nei rapporti intimi, manifestato da due tipi di comportamenti:
 - n tendenza alla depressione in presenza della persona amata, e tendenza alla rabbia, ai gesti suicidiari o a reazioni psicotiche se la persona amata minaccia la separazione o se si rimane soli,
 - n prevalenza in generale della rabbia piuttosto che del calore emotivo.

DSM-III

- Il BPD viene inserito nell'asse II
- Predomina la concezione che i disturbi di personalità siano di origine psicogena;
- Le cause supposte sono derivate da insufficienze delle cure parentali (abuso, incostanza affettiva);
- Il prototipo del paziente con DBP è quello manipolativo nei confronti del quale si sviluppa lo stigma dell'"oppositività volontaria".

Tra il 1980 e il 1990 furono effettuati 275 studi sul BPD, contro i 15 del decennio precedente.

- Il BPD è una sindrome dotata di coerenza e di consistenza interna;

Hurt et al.; 1989;
Clarkin et al, 1993

- Ha un decorso tipico che differisce sia dalla schizofrenia che dai disturbi affettivi;

Pope et al, 1983;
Mc Glashan et al, 1986;
Paris et al, 1987

- Vi è una familiarità che non aumenta il rischio per i disturbi affettivi né per la schizofrenia.

Pope et al, 1983;
Loranger et al, 1982
Links et al, 1988

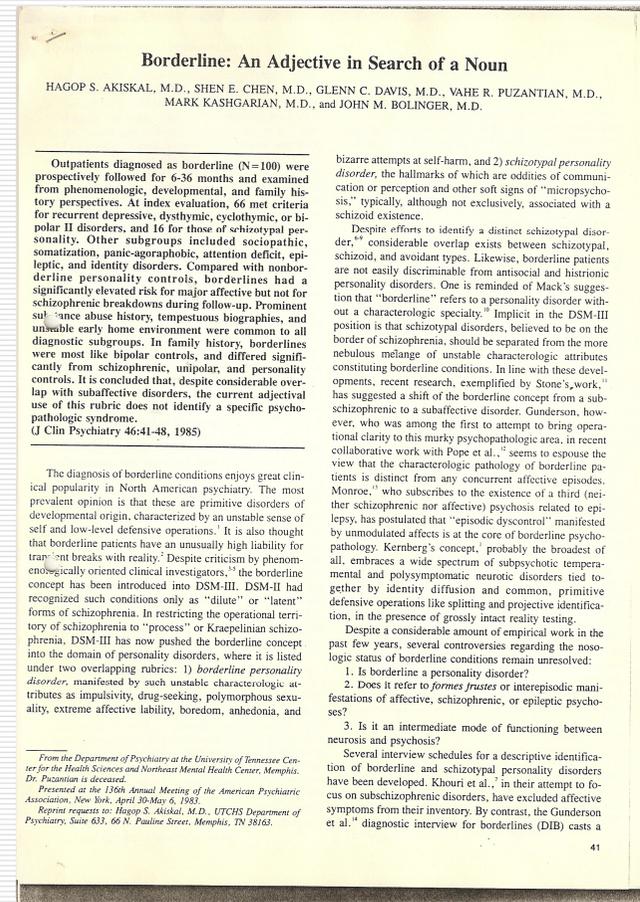
Comorbidity

- Con Disturbi dell'Asse I
 - n Depressione Maggiore, Distimia, Disturbo Bipolare, Abuso di Sostanze PTSD, Fobia Sociale, Disturbi dell'Alimentazione

- Con Disturbi dell'Asse II
 - n Disturbo di Personalità Evitante, Disturbo Paranoide di Personalità.

Un aggettivo in cerca del sostantivo

- Akiskal (1985), In un follow up a 36 mesi su 100 paz. borderline la maggior parte dei pazienti venivano diagnosticati come "affettivi" e avevano familiarità per il disturbo bipolare.
- Conclusioni: l'aggettivo non identifica alcuna sindrome psicopatologica specifica.



Psicopatologia nucleare

- Disturbi affettivi;
 - n Disforia
 - n Sentimenti diffusi di rabbia, ostilità, vergogna, vuoto interiore
 - n Rapide ed intense variazioni d'umore nello scenario delle relazioni interpersonali
- Impulsività;
 - n Ausodistruttività
 - n Autolesionismo e comportamento suicidario
 - n Alimentazione sregolata, abuso di sostanze, guida spericolata, prodigalità
 - n Aggressività contro altri
- Disturbi cognitivi;
 - n Generalmente sintomi (non psicotici) di autosvalutazione
 - n Esperienze dissociative di depersonalizzazione, derealizzazione e pseudoallucinazioni
 - n Deliri ed allucinazioni possono manifestarsi occasionalmente e transitoriamente
- Relazioni intense ed instabili.
 - n Le relazioni sono dominate dalla profonda paura di essere abbandonati e da imprevedibili cambiamenti tra idealizzazione e svalutazione, ricerca della intimità e conflitti.

- Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore ed una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

-
- - 1) sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono.
 - 2) un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
 - 3) alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili.
 - 4) impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto come ad esempio spendere eccessivamente, promiscuità sessuale, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate, ecc.
 - 5) ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento automutilante.
 - 6) instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni).
 - 7) sentimenti cronici di vuoto.
 - 8) rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
 - 9) ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.

DSM IV – TR 1994

1) Paura di essere abbandonati

- Questa paura va distinta dall'ansia di separazione;
- I pazienti con BPD possono sperimentare stati di rabbia inappropriata anche in relazione a transitori abbandoni;
- La fenomenologia del sintomo si ripercuote sulla cognitività e sull'immagine di sé come esperienza negativa;
- Generalmente si associa aò pensiero di non meritare la relazione.

2) Relazioni instabili ed intense

- Gli altri significativi sono visti come immensamente buoni o immensamente cattivi
- Dal punto di vista psicologico questo corrisponde ad un meccanismo di scissione;
- L'instabilità emozionale è influenzata da altri sintomi del BPD, come il discontrollo degli impulsi e la difficoltà nel regolare gli stati emotivi;
- Si manifestano nella relazione con il terapeuta e assumono un significato diagnostico nella prospettiva interpersonale del trattamento.

3) Disturbo dell'identità

- Instabilità dell'immagine di sé e assenza di un chiaro confine del self percepito;
- Disturbi patologici del sé che si manifestano con atteggiamenti di dipendenza eccessiva nei confronti di altri significativi con la tendenza ad adottare comportamenti come se, di carattere imitativo.

4) Impulsività

- L'impulsività dei soggetti Borderline è correlata con l'autolesionismo e spesso ha conseguenze negative per il soggetto;
- Il fattore scatenante è la rabbia, connessa alla scissione tra proprietà rassicuranti dell'oggetto e proprietà distruttive;
- Forme comuni di impulsività sono l'abuso di sostanze, la bulimia, la promiscuità sessuale e la guida pericolosa.

5) Comportamenti suicidari e autodistruttivi

- Il comportamento suicidario è tipico della autolesività dei borderline;
- I comportamenti autolesivi spesso originano durante l'adolescenza e sono precipitati da minacce di separazioni, rifiuti, perdite (reali o immaginarie);
- Hanno un significato funzionale specifico nel distogliere da sentimenti di rabbia molto intensi.

6) Instabilità affettiva

- Gli individui con BPD mostrano marcati sintomi affettivi che tendono a manifestarsi in relazione allo stress interpersonale;
- Espressioni comuni sono: depressione episodica intensa, rabbia, panico, disperazione che possono variare anche nel giro di poche ore risolvendosi nella disforia cronica che costituisce l'umore di base;
- Akiskal ha suggerito una forte comorbidità con il disturbo bipolare, fino ad ipotizzare una sovrapposizione;
- Centrale nella teoria della Linehan il concetto di disregolazione affettiva.

7) Senso di vuoto

- È un sentimento viscerale, localizzato solitamente nell'addome o nel petto;
- L'esperienza soggettiva di vuoto interiore si differenzia dalla noia e dall'angoscia esistenziale;
- I pz BPD sperimentano stati di solitudine assoluta, privi di desideri, pensieri.

8) Rabbia

- La rabbia ha valore genetico temperamentale, un'emozione estrema primigenia che conduce alla scissione;
- Ha valore ambientale come fattore scatenante della maggior parte delle reazioni impulsive;
- La rabbia è di solito seguita da vergogna e colpa e la sensazione di essere cattivi.

9) Scompensi dell'esame di realtà

- L'esame di realtà è solitamente integro, ma i pz BPD possono sperimentare stati dissociativi molto intensi con forte depersonalizzazione o derealizzazione, e distorsioni cognitive.
- Gli stessi sintomi sono associati al PTSD e la schizofrenia ma nel BPD hanno solitamente breve durata.

Comorbidity

- Con Disturbi dell'Asse I
 - n Depressione Maggiore, Distimia, Disturbo Bipolare, Abuso di Sostanze PTSD, Fobia Sociale, Disturbi dell'Alimentazione

- Con Disturbi dell'Asse II
 - n Disturbo di Personalità Evitante, Disturbo Paranoide di Personalità.

Trattamento

- La Psicoterapia è il trattamento primario;
- La farmacoterapia è indicata come aggiuntiva secondo un approccio per sintomi target;
- Vengono individuati tre specifici algoritmi per i tre cluster principali: Sintomi Cognitivo Percettivi; Disturbi Affettivi; Discontrollo impulsivo comportamentale.

PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder

WORK GROUP ON BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

John M. Oldham, M.D., Chair
Glen O. Gabbard, M.D.
Marcia K. Goin, M.D., Ph.D.
John Gunderson, M.D.
Paul Sokoff, M.D.
David Spiegel, M.D.
Michael Stone, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D. (Consultant)

Originally published in October 2001. A guideline watch, summarizing significant developments in the scientific literature since publication of this guideline, may be available in the Psychiatric Practice section of the APA web site at www.psych.org.

La Farmacoterapia

- Gli RCT sul Disturbo Borderline di Personalità sono pochi e di modesta qualità (campioni piccoli, periodi di osservazione brevi);
- Nessuna classe di farmaci può incidere positivamente sulla psicopatologia del DBP
- Le indicazioni al trattamento farmacologico riflettono la sintomatologia dominante dei pazienti con DBP

Disturbi affettivi

- Gli studi (Salzmann et. al., 1995, Zanarini et. al., 2004) hanno dimostrato l'efficacia degli antidepressivi nel ridurre i sintomi depressivi, l'ansia, le variazioni rapide dell'umore.
- Zanarini (2004) ha dimostrato l'efficacia di fluoxetina in associazione con olanzapina e dell'olanzapina in monoterapia nel ridurre la disforia. Mentre la fluoxetina in monoterapia risultava non efficace su tale sintomo.
- Nessuna evidenza è stata raggiunta che tali farmaci siano efficaci su sintomi specifici quali: esperienza emotiva di vuoto, solitudine, noia, disforia cronica.
- Occorre pertanto distinguere clinicamente la depressione autentica dagli altri sintomi affettivi del DBP.

Sintomi cognitivo - percettivi

- Gli RCT condotti sui neurolettici tipici (Goldberg et al., 1986; Cornelius et al., 1993) non hanno dimostrato alcuna efficacia sulla psicopatologia del DBP, salvo deboli evidenze per l'aloiperidolo (Soloff et al. 1989);
- Gli studi controllati sugli atipici (4 sull'olanzapina e 1 sull'aripiprazolo) hanno evidenziato una consistente riduzione dei sintomi cognitivo percettivi, della rabbia e dell'impulsività (Zanarini et al., 2001; Nickel et al., 2006)
- Questi farmaci sembrano lavorare a dosaggi inferiori che per la schizofrenia.

Impulsività

- Così come non vi sono evidenze definitive sull'efficacia degli SSRI sul comportamento impulsivo aggressivo. Ne è dimostrata l'efficacia, invece, nel disturbo esplosivo intermittente in comorbidità con il DBP (Coccaro et al., 1997);
- Un solo studio ha dimostrato la superiorità del trattamento in monoterapia con olanzapina verso la fluoxetina, ma non è sufficiente per ritenere che gli antipsicotici atipici a basso dosaggio siano il trattamento di prima scelta sull'impulsività dei pazienti con DBP.
- Un RCT sul valproato (Hollander, 2003) ne ha indicato l'efficacia nel ridurre l'aggressività, l'impulsività e la depressione. Lamotrigina e Topiramato hanno avuto un effetto positivo nel ridurre rabbia e aggressività (Nickel, 2005).

Psicoterapie

I Fattori specifici dipendono dalla terapia e dalla tecnica.

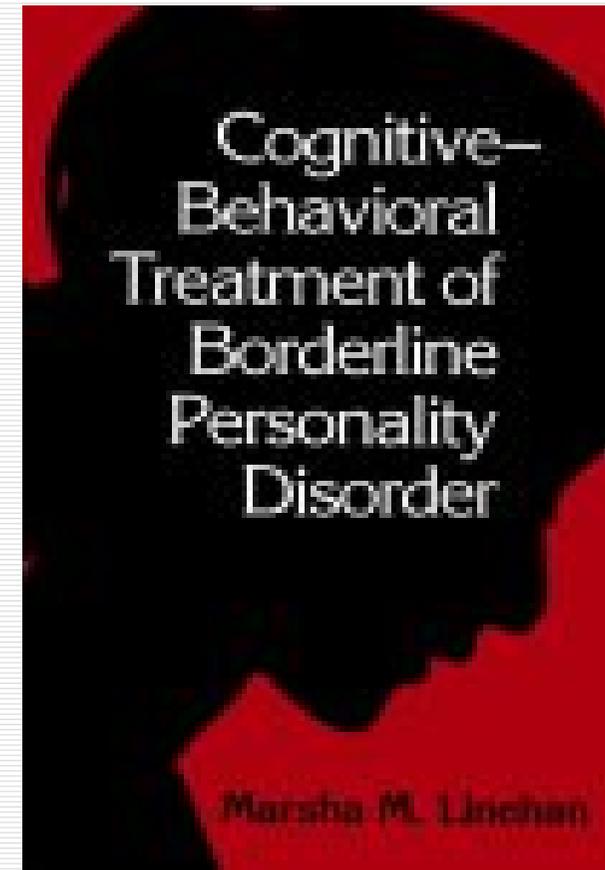
Importanti ricerche (Eysenck; Luborsky) hanno indicato che non vi è evidenza che i fattori specifici delle psicoterapie siano correlati al miglioramento clinico del paziente.

I Fattori non specifici: *alleanza terapeutica, regolarità durata* sono stati correlati con i risultati positivi delle psicoterapie.

“La tecnica fondamentale è quella di instaurare una relazione terapeutica al fine di aiutare il paziente a risolvere i suoi problemi.”
(Paris, 1997)

La terapia Dialettico Comportamentale di Marsha Linehan

- Riduce il comportamento impulsivo
- Aumenta la motivazione al cambiamento;
- Assicura l'adozione di nuove tecniche di coping per affrontare le situazioni stressanti;
- Comporta una stretta collaborazione tra terapeuta e paziente che rinforza l'alleanza
- Sostiene il terapeuta nell'affrontare con strumenti definiti i problemi dei pazienti.



Il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione

- La MBT è un intervento manualizzato, ideato da Bateman e Fonagy (14), che ha una durata diciotto mesi e prevede un intervento individuale e uno gruppale, attuati da un'equipe unica
- Scopo generale della MBT è quello di aiutare il paziente ad instaurare un senso di sé più solido in modo che possa costruire nel tempo relazioni più sicure.

Strategie MBT

- incrementare la capacità di mentalizzazione;
 - n colmare il divario tra affetti e loro rappresentazioni;
 - n lavorare prevalentemente con gli stati mentali presenti al momento;
 - n considerare i limiti del paziente.

- Il cambiamento deriva dal riconoscimento degli stati mentali per spiegare o comprendere un comportamento.

La Terapia Focalizzata sul Transfert

- La Psicoterapia Focalizzata sul Transfert (TFP) è una psicoterapia ad orientamento psicodinamico, sviluppata da Clarkin, Kernberg e Yeomans che si ispira alla teorizzazione di Kernberg di un'organizzazione borderline di personalità (BPO), caratterizzata da: diffusione dell'identità, difese primitive, esame di realtà per lo più intatto ma instabile e relazioni oggettuali tipiche
- La caratteristica principale di questo approccio consiste in una interpretazione del transfert delle modalità relazionali così come si manifestano in seduta, senza necessariamente far riferimento al passato;

-
- Il focus primario è aiutare gradualmente il paziente, a riconoscere il meccanismo intrapsichico che sottende al suo comportamento e vissuto emozionale;
 - Indispensabile è la strutturazione di un setting terapeutico con un contratto stabilito all'inizio della terapia;
 - Il trattamento, di tipo ambulatoriale individuale, ha una durata di almeno due anni.

Quali terapie per quali pazienti?

- La psicoterapia è più efficace se il paziente ha un profilo di adattamento migliore e soprattutto se ha una occupazione stabile;
- La farmacoterapia è risultata efficace nel ridurre l'impulsività, nel controllare l'instabilità affettiva, ridurre i sintomi cognitivi e nel trattare gli episodi depressivi;
- I pazienti con disturbi di personalità devono essere gestiti all'interno di un programma a lungo termine che si avvale di interventi farmacologici e psicoterapeutici, ma nessuno di essi è risolutivo.