



Borderline personality disorder

Martin Bohus*, Jutta Stoffers-Winterling*, Carla Sharp, Annegret Krause-Utz, Christian Schmahl†, Klaus Lieb†, Lancet 2021; 398: 1528–40

Traduzione della *Review* Isabella Rossi, adattamento Filippo M. Jacoponi

Il disturbo borderline di personalità (BPD) è un disturbo mentale precedentemente considerato incurabile ma i progressi nella comprensione e nella sua gestione hanno portato a una diagnosi precoce e a migliori risultati del trattamento.

Una sindrome di BPD ha esordio tipicamente durante l'adolescenza (dopo i 12 anni di età).

La BPD è spesso preceduta o si sviluppa insieme a sintomi tipici di disturbi a carattere interiorizzante (come depressione e ansia), o disturbi a carattere esteriorizzante (problemi della condotta, iperattività e abuso di sostanze) o entrambi.

La BPD è associata a scarsi risultati occupazionali e di istruzione, mancanza di relazioni a lungo termine, aumento del conflitto tra partner, comportamenti sessuali a rischio, bassi livelli di supporto sociale, bassa soddisfazione di vita e maggiore utilizzo dei servizi sanitari.

La psicoterapia è il trattamento principale per il BPD, il trattamento farmacologico è indicato solo per condizioni di comorbidità che richiedono farmaci o durante una crisi se gli interventi psicosociali sono insufficienti. La consapevolezza della BPD da parte dei non specialisti, così come degli specialisti è la chiave per un adeguato intervento precoce.

Introduzione

Il disturbo borderline di personalità (BPD) è un grave disturbo mentale caratterizzato da un pattern pervasivo di disregolazione emotiva, identità frammentata e funzione interpersonale disturbata. Il termine fu coniato nel 1938 da Adolf Stern, che considerava il disturbo esistente al confine tra psicosi e nevrosi; il BPD fu quindi classificato per la prima volta come disturbo mentale nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.

Da allora, sono stati fatti molti progressi nella comprensione e nella gestione di questa condizione. Questo studio esamina ciò che è stato scoperto fino ad oggi e affronta in modo specifico gli sviluppi nella diagnosi precoce, l'epidemiologia, l'eziologia e le opzioni di trattamento che sono emerse dalla pubblicazione delle recensioni precedenti in questa rivista.

Presentazione clinica

Caso 1

La paziente, 17 anni, è stata ricoverata al pronto soccorso dopo aver tentato il suicidio per overdose. Sebbene il suo atto fosse stato impulsivo, spinto da una rottura con il suo ragazzo, aveva accumulato in anticipo le medicine "nel caso in cui non potesse più sopportarlo".

La vita familiare era difficile, piena di violenza, ma non voleva parlare di quell'esperienza durante il ricovero. Ha riferito di aver lottato con pensieri suicidi, autolesionismo e sentimenti di solitudine dall'età di 12 anni.

Gli atti di autolesionismo erano iniziati con una lama di rasoio, ma recentemente erano progrediti fino a infliggere tagli più profondi sull'area dei genitali; quando non riusciva ad alleviare i suoi intermittenti, insopportabili sentimenti di angoscia, ricorreva all'alcol. Ha espresso poca preoccupazione per il suo benessere fisico, odio per il suo corpo e la sua persona, ricorrenti gli episodi nello stato di irrealità ed esperienze extracorporee. Ha rifiutato la consulenza perché sentiva di "non meritare di stare bene". Pochi giorni dopo il ricovero, il suo ragazzo ha indicato di volersi riconciliare, dopodiché ha riferito che tutto andava di nuovo bene e ha chiesto la dimissione.

Caso 2

Un'insegnante di scuola superiore di 54 anni si presenta in un ambulatorio psichiatrico.

Sebbene non avesse problemi a livello professionale, aveva sperimentato una tensione estrema, principalmente a causa del ritiro del suo attuale terapeuta. In molti anni di terapia, alcuni aspetti della sua vita erano migliorati, non mostrava più atteggiamenti autolesionistici e riusciva a vivere in autonomia, ma si sentiva infinitamente sola e vuota. Non era in grado di coltivare relazioni sociali e impiegava tutte le sue energie nel lavoro. La vita sembrava “un tranquillo mare di disperazione”. I problemi somatici come dolori articolari, mal di testa ed emicrania erano aumentati, cosa che secondo lei era dovuta al gran numero di farmaci che stava assumendo.

Caso 3

Un paziente maschio di 36 anni si presenta in cerca di supporto terapeutico dopo che sua moglie gli aveva detto che voleva separarsi e portare con sé la figlia perché era “stufa delle sue scappatelle”. Ha riferito di provare un'intensa rabbia e odio nei suoi confronti e temeva di poterle ferire seriamente. Per alcuni episodi di violenza domestica, i servizi sociali erano già stati coinvolti e temeva di non rivedere più sua figlia. Quando gli è stato chiesto, ha rivelato che il matrimonio era sempre stato pieno di discussioni e urla; la maggior parte della violenza fisica era stata diretta contro oggetti, ma c'erano stati due incidenti in cui aveva aggredito sua moglie quando averlo minacciato di lasciarlo. A causa di questi scoppi d'ira, si vergognava profondamente e si sentiva infelice. Il suo ultimo impiego è stato con una società di sicurezza, da cui si è licenziato perché pensava che i suoi colleghi "lo pedinassero".

Lo spettro della BPD

Sebbene a prima vista queste tre vignette possano sembrare aver poco in comune, corrispondono a prototipi per l'ampio spettro della BPD e la sua variabilità nel corso della vita.

Mentre il primo caso, per la sua pericolosità ed espressività, attrae sostanzialmente più attenzione professionale e urgenza di intervenire, il livello di sofferenza non è necessariamente inferiore nella seconda variante più tranquilla e nascosta, che si presenta con i tipici tratti borderline. Nel terzo caso, non si ha difficoltà nel riconoscere l'impatto del comportamento guidato dal BPD sull'ambiente sociale.

Nonostante tutta la sua eterogeneità, il BPD incorpora tre domini caratteristici: **emozioni intense e in rapido cambiamento, inclusa l'impulsività; identità instabile e incoerente; problemi nelle relazioni interpersonali.**

La maggior parte, se non tutti, dei comportamenti disfunzionali acuti, come autolesionismo ripetitivo, pensieri suicidi cronici, esplosioni di aggressività o sensibilità al rifiuto, possono essere intesi come conseguenze immediate o come una strategia di coping di uno di questi tre domini patologici.

Come descritto nei tre casi, si possono osservare altre manifestazioni tipiche del pattern borderline:

- visione di sé come inadeguato, cattivo, colpevole, disgustoso e spregevole;**
- un'esperienza di sé come profondamente diverso e isolato dagli altri;**
- un doloroso senso di alienazione e di solitudine pervasiva;**
- propensione al rifiuto,**
- ipersensibilità che spesso porta a problemi nello stabilire e mantenere livelli di fiducia coerenti e appropriati nelle relazioni interpersonali;**
- frequenti errori di interpretazione dei segnali sociali.**

Epidemiologia ed eziologia

Gli studi della comunità prospettica mostrano che, sebbene nei bambini possano essere osservate differenze individuali nei tratti di affettività mal adattiva come impulsività, reattività emotiva e affettività negativa, non si cristallizzano in una sindrome coerente di BPD fino alla transizione all'adolescenza (dopo i 12 anni), segnando l'adolescenza come un periodo sensibile per l'insorgenza.

Sulla base della proliferazione della ricerca sugli aspetti di sviluppo della BPD negli ultimi due decenni, la prevenzione e l'intervento precoce nella BPD è ora riconosciuto come una priorità di salute pubblica.

I sintomi della BPD appaiono per la prima volta all'inizio dell'adolescenza, raggiungono il picco nella tarda adolescenza e nella prima età adulta e diminuiscono in seguito. Negli adolescenti, il disturbo mostra una stabilità diagnostica relativamente bassa (14-40%) quando la diagnosi è categoricamente definita, ma una forte stabilità di rango (cioè, il grado in cui l'ordine relativo degli individui su un determinato tratto viene mantenuto nel tempo), riflettendo i tassi di stabilità negli adulti. Il BPD è spesso preceduto o associato ad una serie di caratteristiche, tra cui bassi risultati professionali ed educativi, mancanza di relazioni e amicizie romantiche a lungo termine, aumento dei conflitti di partner, assunzione di rischi sessuali, bassi livelli di sostegno sociale, bassa soddisfazione della vita, alti livelli di internalizzazione, esternalizzazione e disturbi dello spettro psicotico. Una recente revisione meta-analitica che ha sintetizzato i risultati di 11 studi naturalistici e di follow-up post-trattamento negli adulti ha suggerito **un tasso medio di remissione diagnostica del 60%**. I gruppi con un'età media più giovane avevano maggiori probabilità di mostrare alti tassi di remissione al follow-up, sottolineando l'importanza dell'intervento precoce e della prevenzione. Altri studi hanno mostrato un notevole miglioramento funzionale psicosociale nel tempo; tuttavia, questo risultato variava sostanzialmente tra gli individui, suggerendo un sottogruppo di individui che hanno sperimentato una persistente compromissione psicosociale nel tempo. A seconda del campione specifico, i tassi di suicidio prospettici per BPD vanno dal 2% al 6%, che è inferiore al tasso dell'8-10% riportato nei primi studi. I risultati funzionali a lungo termine sembravano essere più poveri nelle donne rispetto agli uomini, il che potrebbe essere una funzione dell'aumento della gravità a causa delle storie di abusi e dell'impatto dei ruoli di genere.

Assessment

- Diagnosi nella prima adolescenza e identificazione delle persone a rischio

- Divulgazione e spiegazione della diagnosi al paziente, compresa la psico-educazione sul disturbo e le opzioni di trattamento (se il paziente è d'accordo, anche per altre persone rilevanti)
- Prospettiva Life-span, comprese tutte le età dalla prima adolescenza agli anni più anziani
- Concentrarsi sui disturbi mentali concomitanti

Gestione a lungo termine

- Il trattamento di prima linea dovrebbero essere interventi psicosociali
- Stadiazione clinica: supporto adeguato, a seconda della gravità clinica
- Intervento precoce e prevenzione indicata per le persone a rischio
- Assistenza a gradini: percorsi clinici affidabili e coerenti
- Processo decisionale informato
- Piani individuali per prevenire e gestire le crisi e per evitare gli effetti iatrogeni
- Coordinamento dei servizi
- Coinvolgimento di altre persone rilevanti
- Concentrarsi sul funzionamento psicosociale e sulla vita al di fuori della terapia
- Educare gli altri significativi (ad esempio, parenti, partner o altre persone con legami, relazioni, caregiver professionali; genitori o caregiver di bambini e giovani) sui modi utili di interagire (empatia, atteggiamento non giudicante ed evitamento di emozioni come colpa o iper protezione)
- Se ci sono figli a carico, implementare le capacità genitoriali e tutelare il benessere dei bambini

Elementi comuni delle psicoterapie

- Impostazione chiara, quadro di trattamento trasparente
- Focus informato sul disturbo borderline di personalità, obiettivi acconsentiti individualmente
- Terapeuta attivo, solidale e stimolante
- Setting terapeutico adatto

- Sentimento di accettazione e cambiamento
- Concentrazione continua sulla motivazione e sulla collaborazione

I fattori di contaminazione possono interferire con il normale sviluppo della regolazione delle emozioni, della cognizione sociale o dello sviluppo della funzione identitaria adattiva, seguendo un quadro di diatesi-stress. Gli studi prospettici supportano queste teorie dimostrando che **i fattori di rischio ambientale come la genitorialità dura o insensibile, l'abbandono emotivo, i maltrattamenti fisici o sessuali, influiscano sulla regolazione delle emozioni e sull'auto-rappresentazione.**

Questi studi mostrano anche che le caratteristiche della BPD osservate nei bambini condividono caratteristiche causali con la BPD negli adulti e che i fattori di rischio ereditari e ambientali danno contributi indipendenti e interattivi all'eziologia della BPD. Uno studio sulla struttura dei fattori di rischio genetici e ambientali per la BPD postula una relazione con depressione maggiore e schizofrenia. La non specificità nella causalità complica il quadro per delineare una via eziologica specifica del disturbo ed è più probabile che un'eziologia comune tra i disturbi rappresenti lo sviluppo della BPD.

La possibilità di effetti epigenetici dovrebbe essere valutata sullo sfondo dei risultati che confermano il legame tra trauma infantile (ad esempio, abuso fisico e sessuale e negligenza emotiva) e BPD, tenendo presente la possibile comorbilità tra BPD e altri disturbi.

I risultati di uno studio epidemiologico nazionale con sede negli Stati Uniti suggeriscono che gli individui con BPD hanno un tasso di vita dell'84,5% in comorbilità con disturbi d'ansia, dell'82,7% con disturbi dell'umore e del 78,2% con disturbi da uso di sostanze.

In particolare, sono stati riscontrati, in comorbilità con BPD, alti tassi di disturbi da stress post-traumatico, disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD, 33,7%), disturbo bipolare I (21,6%) e disturbo bipolare II (37,7%).

Interventi psicosociali

Le linee guida evidence-based concordano sul fatto che la psicoterapia è il trattamento principale per la BPD. L'ultima revisione *Cochrane* sulle psicoterapie per la BPD ha identificato fino a 75 studi controllati randomizzati pertinenti (RCT). Rispetto alle condizioni di controllo non specifiche, sono stati osservati effetti clinicamente rilevanti moderati per diversi parametri: gravità complessiva della BPD, rischio di comportamenti suicidi, funzionalità psicologiche.

Per quanto riguarda i trattamenti psicologici specifici, i due trattamenti più intensamente studiati sono stati la *Dialectical Behavior Therapy* **DBT (Marsha Linehan, University of Washington di Seattle, USA)** e **il trattamento basato sulla mentalizzazione MBT (Bateman & Fonagy)**. Effetti su diversi domini dei sintomi della BPD, così come sulla depressione e sul funzionamento psicosociale sono stati rilevati per entrambi.

Questi due trattamenti non sono ancora stati confrontati testa a testa in studi randomizzati ma i dati di uno studio di confronto naturalistico suggeriscono che sebbene entrambi mostrino risultati simili dopo 12 mesi, la DBT potrebbe portare a un più forte calo della disregolazione dell'autolesionismo e delle emozioni rispetto a MBT.

Sono stati studiati anche **gli interventi di gruppo** ed il loro valore è stato evidenziato da uno studio incentrato sugli effetti per l'individuo della DBT e dei gruppi di formazione delle competenze (*social skills training*) osservando **effetti di trattamento migliori e più rapidi quando è stato coinvolto il trattamento di gruppo**. Sono stati trovati effetti benefici anche per la sola formazione delle competenze in ottica DBT.

Per gli individui con disturbi mentali con comorbidità, il disturbo non-BPD deve essere gestito in concomitanza con il trattamento specifico della BPD, con la cura del paziente preferibilmente coordinata dal terapeuta BPD. **Il trattamento della condizione di comorbidità dovrebbe essere prioritario rispetto al trattamento della BPD solo se il disturbo in comorbidità ne impedisce una psicoterapia efficace.** Ad esempio, adattamenti di DBT sono stati sviluppati per individui con BPD e PTSD complesso (una forma grave di PTSD correlata alla violenza interpersonale durante l'infanzia o l'adolescenza) e questi approcci hanno portato a effetti di trattamento più pronunciati relativi a entrambi i disturbi rispetto ai trattamenti di controllo, al DBT standard o alla terapia di elaborazione cognitiva standard.

La DBT ha anche mostrato effetti benefici nel trattamento di pazienti con BPD e disturbi da uso di sostanze in comorbidità. C'era un rischio elevato di abbandono del trattamento, ma i pazienti con disturbi della personalità che hanno completato il trattamento hanno risposto in modo simile al trattamento con uso di sostanze. Le prove per trattamenti specialistici con BPD adattati specificamente per i disturbi da uso di sostanze è ancora limitata.

Poiché i trattamenti specialistici sono ad alta intensità di risorse e l'accesso per la maggior parte dei pazienti è limitato, i modelli di stadiazione clinica dovrebbero essere utilizzati per guidare la strada verso un supporto appropriato a seconda della gravità clinica, piuttosto che puntare al miglior trattamento.

Le prime fasi del disturbo potrebbero beneficiare della psico-educazione familiare o della formazione nelle capacità di risoluzione dei problemi fornite dagli interventi primari, mentre quelli con patologia persistente della BPD e notevole compromissione psicosociale traggono maggior giovamento ricevendo **un trattamento psicosociale specialistico intensivo.**

Identificare e trattare il disturbo nelle sue fasi iniziali diminuisce il rischio di progressione della compromissione funzionale e del nichilismo terapeutico (sentimento di inaiutabilità); risulta quindi importante poiché le storie di trattamento incoerenti negli individui con BPD sono associate a

tentativi di suicidio e persino suicidi completati, mentre i modelli di assistenza graduale possono ridurre la necessità di interventi di crisi gravi.

Gestione psicosociale e somatica

- Iniziare il trattamento il prima possibile per evitare la progressione cronica del disturbo
- Se necessario, fornire istruzione sulla BPD e formazione in un comportamento interpersonale adeguato ad altri significativi
- Informare le persone con BPD sui diversi trattamenti specialistici
- Definire il quadro del trattamento (ad esempio, disponibilità del terapeuta tra le sessioni, contatti durante la crisi, comportamento che potrebbe interferire con la terapia); preparare il paziente dall'inizio alla fine della terapia
- Stabilire un'assistenza psicosociale se non è disponibile un trattamento specialistico
- Cambiare trattamento o terapeuta se non ci sono progressi entro 6 mesi
- Concentrarsi sul funzionamento psicosociale al di fuori della terapia
- Incoraggiare i pazienti a partecipare a programmi di prevenzione della salute corporea e annuali controlli di malattie somatiche, o cercare aiuto in caso di problemi somatici
- Promuovere le capacità di *problem-solving*, costruire sui punti di forza dell'individuo e incoraggiare sentimenti di autoefficacia
- Non negare al paziente la formazione delle competenze di gruppo
- Non concentrarsi eccessivamente sul tema del suicidio, ma trattarlo allo stesso modo in cui si tratterebbe un individuo senza BPD.

Articolo Originale: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34688371/>