

Disturbo *borderline* di personalità e disturbo bipolare di tipo II: confronto delle dimensioni di personalità

Borderline personality disorder and bipolar disorder II: comparison of personality dimensions

S. BELLINO
L. ALLASIA
F. BOGETTO

Servizio per i Disturbi di Personalità,
SCU Psichiatria 1, Dipartimento di
Neuroscienze, Università di Torino

Key words

Bipolar disorder • Borderline personality disorder • Personality • Temperament • Character

Correspondence: Prof. Silvio Bellino, Servizio per i Disturbi di Personalità, SCU Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, via Cherasco 11, 10126 Torino, Italy
Tel. +39 011 6634848
Fax +39 011 673473
silvio.bellino@unito.it

Summary

Objective

Bipolar disorder and borderline personality disorder (BPD) are frequently associated. Lifetime co-morbidity of bipolar disorders in samples of BPD patients ranges from 7 to 41%. Several clinical and psychopathological features of the two disorders appear related. Borderline personality traits have been considered as predisposing factors in the onset of affective disorders. On the other hand, mood disorders can produce effects on personality, changing its expression and sometimes favouring the onset of personality disturbances. On the basis of co-morbidity and clinical relations, some authors suggested the two disorders be classified as variants of the same underlying psychopathology and that BPD be considered as part of a bipolar spectrum. The efforts to elucidate the genetical basis of psychiatric disorders have suggested that the concept of endophenotype be used to identify subjects at risk for developing syndromes. If the bipolar disorder or borderline personality disorder represent the phenotype, the endophenotype is a more elementary trait that is intermediate between genetic structure and phenotypic expression. Temperament, that represents the part of personality with a stricter association with the biological and genetic structure of the individual, is thought to predispose both to episodes of mood disorders and to symptoms related to personality disorders. Thus, temperament could be hypothesised to represent the endophenotype of these disorders. If the bipolar disorder and BPD belong to the same spectrum, temperament characteristics can be expected to be widely overlapping in patients receiving either diagnosis. In the nineties, Cloninger designed the Temperament and Character Inventory (TCI), an instrument to assess personality according to a biopsychosocial model that includes four temperament dimensions and three character dimensions. The temperament dimensions are supposed to reflect the genetic profile of individuals, while character factors are mainly derived from developmental inputs. The aim of the study is to assess and compare temperament and character dimensions of two subgroups of patients with diagnosis of bipolar disorder II and borderline personality disorder, in order to verify whether these dimensions support the hypothesis that the two disorders are part of the same spectrum.

Methods

Fifty-two consecutive outpatients attending the Service for Personality Disorders of the Psychiatric Unit, Department of Neurosciences, University of Turin, were recruited for the study. Twenty-six received a diagnosis of bipolar disorder type II (BDII); the remainder, a diagnosis of borderline personality disorder. Patients were assessed in a period of symptom remission using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axes I and II (SCID-I and II) and the Temperament and Character Inventory (TCI-880). Statistical analysis was performed using Student t-test with Bonferroni correction and Chi-square test.

Results

Comparing the two subgroups, a significant difference was found as far as concerns the temperament dimension reward dependence, with higher values for BPD patients ($p < 0.0005$), and for the character dimension self directedness, with higher values for BDII patients ($p < 0.010$) (Tab. 1).

Conclusions

A significant difference between the two disorders concerning the temperament dimension reward dependence suggests a difference in biological and genetic background between BDII and BPD and appears in contrast with the hypothesis that BPD is part of the bipolar spectrum. The significant difference concerning the character dimension self directedness can be interpreted partly as a consequence of the difference in temperament. Patients with BPD have high levels of dependence from external stimuli and this type of temperament may be responsible for character weakness and inability to define projects and to pursue one's own aims. Our findings need to be replicated in larger samples.

Introduzione

Nel periodo storico in cui la nosografia psichiatrica distingueva due forme principali di disfunzione mentale, le nevrosi e le psicosi, il riscontro di pazienti non così gravemente “disturbati” da poter essere considerati psicotici ma con caratteristiche psicopatologiche più gravi dei pazienti nevrotici, portò gli psichiatri a coniare il termine “borderline”, che letteralmente significa “confine, limite”.

Oggi il disturbo *borderline* di personalità è oggetto di molta attenzione e di molte controversie, sia in ambito nosografico sia in quello clinico, a causa della grande frequenza con cui le sofferenze attribuite al disturbo si presentano all’osservazione del clinico e ai problemi diagnostici e terapeutici che lo studio di questi pazienti presenta.

Una caratteristica fondamentale che emerge dall’esame dei pazienti *borderline* è la tendenza a creare legami molto intensi e contrastati con partner o amici, fino al punto di provare da un lato la sensazione di esserne oppressi e frustrati e dall’altro, di fronte alla possibilità reale o immaginaria di essere abbandonati, mettere in atto condotte esasperate nel tentativo di evitarlo. È presente nel soggetto *borderline* un tipo di pensiero dicotomico “tutto o nulla”, “buono o cattivo”, senza soluzioni di compromesso, con momenti alternati di idealizzazione e di svalutazione sia di se stesso sia degli altri. Tale instabilità delle relazioni si riflette anche nel tono dell’umore che varia da uno stato depressivo a uno stato di esaltazione e euforia, spesso con cicli molto rapidi. Questi soggetti provano intensi sentimenti di rabbia e soffrono di un senso di angoscia e di vuoto che fa da sfondo a tutta la loro esistenza, di cui non riescono a riconoscere l’origine e a cui tentano di ovviare con attività disfunzionali che possono mettere in serio pericolo la loro vita (abuso di sostanze o di alcol, condotte bulimiche, comportamento sessuale promiscuo, tentativi anticonservativi).

I disturbi dell’umore di tipo bipolare si caratterizzano invece per la presenza di un’instabilità affettiva che si manifesta attraverso lo sviluppo di fasi di depressione o di eccitamento con decorso episodico ricorrente. Possono anche verificarsi episodi che rappresentano una combinazione di sintomi opposti di eccitamento e inibizione (misti). Le oscillazioni timiche variano in quanto a gravità, durata e sequenza e possono essere intervallate da periodi liberi da sintomi. L’eccitamento patologico in reazione a eventi vitali e, più recentemente, l’eccitamento patologico indotto da sostanze, sono considerati manifestazioni di una costituzione bipolare.

Il DSM-IV suddivide i disturbi bipolari in: disturbo bipolare I (alternanza di episodi depressivi, maniacali o misti), disturbo bipolare II (alternanza di ipomania e depressione), disturbo ciclotimico (alternanza di episodi minori di entrambe le pola-

rità), disturbo bipolare non altrimenti specificato (NAS) (include condizioni temperamentali o psicopatologiche che si collocano al confine della soglia diagnostica, ma non soddisfano tutti i criteri del manuale). Queste categorie diagnostiche, anche se molto utili in ambito di ricerca, da un punto di vista clinico risultano talvolta troppo schematiche e poco maneggevoli. In effetti il riscontro in ambito clinico di forme attenuate o atipiche di bipolarità, che non soddisfano i criteri diagnostici, ma risultano resistenti al trattamento o mostrano un peggioramento sintomatologico se sono trattati con un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI), ha indotto alcuni autori ad avanzare la proposta di inserire i disturbi bipolari in una più ampia definizione di spettro bipolare ¹.

Gli studi sulla comorbidità tra disturbi bipolari (DB) e disturbi di personalità (DP) sono piuttosto recenti e spesso riportano risultati discordanti. In generale le percentuali di comorbidità tra i due disturbi variano tra il 7 e il 41% per il DP *borderline*, il 7,5 e il 32,4% per il DP ossessivo-compulsivo, l’8 e il 20,5% per il DP narcisistico, il 7 e il 10,3% per il DP istrionico ²⁻⁶. Solo tre ricerche hanno riscontrato percentuali di comorbidità significative per il DP evitante (19,7%) ³, il DP dipendente (12,8%) ⁶ e il DP schizoide (2,5%) ². La variabilità della prevalenza nei diversi studi può essere correlata alle differenze metodologiche e alle differenti fasi di malattia in cui i pazienti sono stati testati. In effetti Bieling et al. ⁷, seguendo per un anno un campione di pazienti affetti da DB di tipo I e II hanno rilevato che, a seconda dello stato di malattia in cui si trova il paziente (eutimico, sub-sintomatico, sintomatico), variano le percentuali di presenza dei DP. Ad esempio, i soggetti in stato di eutimia presentano livelli di comorbidità minori col DP evitante, il DP paranoie, il DP schizotipico, il DP schizoide, il DP *borderline*, il DP ossessivo-compulsivo, il DP narcisistico. Questi risultati sono in accordo con quelli di altri autori che, oltre a confermare un tasso minore di comorbidità del paziente bipolare eutimico con DP rispetto a coloro che sono in fase attiva di malattia (30% vs. 60,5%) ⁸, hanno anche riscontrato differenze notevoli tra i soggetti che avevano compilato autonomamente i test di personalità e coloro a cui un operatore qualificato aveva somministrato il test (58% vs. 89%) ⁵. Risulta quindi evidente che, al fine di ridurre la probabilità di diagnosi errate, è necessario che i DB vengano valutati durante le fasi di eutimia da valutatori esperti.

Gli autori concordano sul fatto che nel DB la comorbidità con un DP influenza negativamente la prognosi ⁷ poiché comporta una minore *compliance* ⁸⁻⁹ e un minore supporto sociale, fondamentale nel prevenire le ricadute ¹⁰, implica un maggior numero di ricoveri in ospedale ¹¹, una sintomatologia più grave con esordio più precoce ¹²⁻¹³, un funzionamento sociale e lavorativo più scadente ⁵ e un maggior numero di tentativi di suicidio ².

È stato ipotizzato che specifici tratti di personalità possano essere responsabili di una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di disturbi affettivi^{14,15} e che questi ultimi possano influire sulla personalità, determinandone a lungo termine dei cambiamenti maladattivi¹⁶, in funzione del numero degli episodi, della gravità della sintomatologia e della risposta al trattamento^{8,17,18}.

Il riscontro dell'elevata percentuale di comorbidità tra il disturbo *borderline* di personalità (DPB) e i disturbi bipolari ha indotto alcuni studiosi ad avanzare l'ipotesi di una possibile relazione tra il disturbo di personalità e lo spettro affettivo¹. Al riguardo sono state formulate diverse possibili spiegazioni per la correlazione tra i due disturbi^{19,20}: 1) entrambi i disturbi sono piuttosto comuni e possono coesistere; 2) le conseguenze psicosociali del DB possono portare a sviluppare un DPB; 3) la psicopatologia *borderline* può predisporre allo sviluppo di un DB; 4) i criteri diagnostici per il DPB includono tratti che essenzialmente corrispondono a sintomi affettivi; 5) entrambi possono rappresentare differenti elementi dello spettro di un'unica malattia; 6) essi possono rappresentare differenti malattie che condividono il nucleo degli aspetti clinico-diagnostici.

Gli studi finora condotti hanno comportato l'affermarsi di due correnti di pensiero: la prima si interroga sulla possibile relazione tra il DPB e lo spettro bipolare; la seconda interpreta i due disturbi come entità nosografiche separate, non accettando l'ipotesi che la condivisione di alcune caratteristiche sintomatologico-cliniche comporti che un disturbo sia l'evoluzione o una variante dell'altro.

Recentemente gli studi di Gottesman & Gould²¹ sul concetto di endofenotipo hanno consentito importanti cambiamenti concettuali nello studio della genetica delle patologie psichiatriche. Nello specifico è possibile affermare che se il disturbo psichiatrico rappresenta il fenotipo (ovvero il risultato delle multiple interazioni tra i fattori genetici e ambientali), l'endofenotipo è un tratto elementare più strettamente associato col genotipo, ossia con la struttura genetica biologica dell'individuo. Deriva da questa definizione che un tratto elementare ha un'origine elementare, ovvero che l'endofenotipo possiede un'architettura genetica più semplice di quella del fenotipo. Nel caso del disturbo bipolare e del disturbo *borderline* di personalità, il tratto elementare che riflette la struttura genetica fondamentale può essere rappresentato dal temperamento, ossia dalla componente della personalità che si organizza a partire dalla matrice biologica dell'individuo²². È necessario stabilire se il profilo temperamentale alla base dei due disturbi presenta caratteristiche sovrapponibili, ad esempio se costituisce in entrambi i casi il risultato di alterazioni dei meccanismi fisiologici che regolano l'affettività. In effetti, diversi autori sono attualmente concordi nel considerare l'instabilità affettiva come un endofenoti-

po comune al disturbo bipolare e al disturbo *borderline* di personalità. Essa potrebbe essere riconducibile a un comune genotipo che si manifesta attraverso fenotipi differenti sulla base dell'influenza di fattori ambientali e psicosociali²³. Allo stesso tempo però nel DPB la sintomatologia affettiva si accompagna a disturbi che riguardano la sfera dell'impulsività²⁴. Al riguardo Siever & Davis²⁵ hanno avanzato l'ipotesi che l'instabilità affettiva associata a elevati livelli di impulsività rappresenti la vulnerabilità temperamentale che predispose al DPB, sottintendendo in tal modo che esso potrebbe essere collocato all'interno dei disturbi dello spettro impulsivo in alternativa a quelli dello spettro affettivo.

Queste osservazioni sono supportate da numerosi studi che, impiegando strumenti come il *Temperament and Character Inventory* (TCI)²⁶, si sono occupati di stimare il rischio di sviluppo di un disturbo dell'umore o della personalità a partire dai tratti temperamentali. Il TCI è stato ideato da Cloninger²⁶ sulla base di un modello neuro-bio-comportamentale che individua quattro dimensioni temperamentali (*harm avoidance* o evitamento del danno; *novelty seeking* o ricerca della novità; *reward dependence* o dipendenza dalla ricompensa; *persistence* o persistenza), ereditabili in maniera indipendente, che riguardano le modalità di reazione emotiva biologicamente determinate, e tre dimensioni caratteriali (*self directedness* o capacità di determinarsi; *self transcendence* o autotrascendenza; *cooperativeness* o capacità di cooperare), che esprimono le differenze individuali nella concezione dell'esistenza e nell'impostazione delle relazioni che sono il risultato dello sviluppo psichico in relazione all'ambiente.

La maggior parte degli studi concorda nel riscontro, per quanto riguarda le dimensioni temperamentali nel DB, di elevati livelli di *harm avoidance* (HA) e *novelty seeking* (NS)²⁷⁻³³. In riferimento alle altre dimensioni i risultati sono più eterogenei: in effetti sono stati riscontrati da diversi autori diminuiti livelli di *reward dependence* (RD), di *self directedness* (SD), di *cooperativeness* (CO)^{31,32} e di *persistence* (P)³⁴ ed elevati livelli di *self transcendence* (ST)³³.

La letteratura è sostanzialmente concorde che il DPB, per quanto attiene alle dimensioni temperamentali presenta elevati livelli di HA e NS, mentre gli studi sulle dimensioni caratteriali mettono in evidenza bassi livelli di CO e SD, ed elevati livelli di ST³⁵⁻³⁹.

Mancano tuttavia studi che analizzino il rapporto tra disturbo bipolare e disturbo *borderline* sulla base delle dimensioni temperamentali e caratteriali. Questa ricerca si propone di valutare con il TCI le dimensioni di personalità di due gruppi di pazienti con diagnosi di disturbo bipolare di tipo II e di DBP, al fine di verificare se il confronto dei due profili temperamentali e caratteriali dà risultati compatibili con l'ipotesi dell'appartenenza al medesimo spettro psicopatologico.

Materiali e metodi

È stato arruolato un campione di pazienti ambulatoriali consecutivi che affluiscono al Servizio per i Disturbi di Personalità della Struttura Complessa di Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino. Tutti i soggetti, dopo aver firmato il consenso informato, sono stati sottoposti a un'accurata raccolta anamnestica e a un approfondito esame psichico. Sono stati quindi sottoposti all'Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Asse I e II del DSM-IV (SCID I e II)^{40,41}. Sono stati inclusi due gruppi di soggetti: quelli che corrispondono ai criteri diagnostici per il disturbo bipolare di tipo II e quelli che soddisfano i criteri per il disturbo *borderline* di personalità. Sono stati esclusi i soggetti con disturbo bipolare di tipo II che presentavano comorbidità *lifetime* con ritardo mentale, demenza e altri disturbi cognitivi, disturbo *borderline* di personalità. Sono stati esclusi i soggetti con DPB che presentavano comorbidità con ritardo mentale, demenza e altri disturbi cognitivi, schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi bipolari e disturbo depressivo maggiore. Inoltre sono stati esclusi i soggetti con rilevante condizione medica generale o abuso di sostanze nei 12 mesi precedenti la valutazione. I pazienti con disturbo bipolare II sono stati esaminati durante un intervallo libero da malattia; quelli con disturbo *borderline* di personalità durante un periodo di parziale remissione sintomatologica.

A ogni paziente è stato somministrato il TCI-880, composto di 240 domande, a cui l'individuo doveva rispondere con "vero" o "falso", volte a indagare le quattro dimensioni temperamentali (*novelty seeking*, *harm avoidance*, *reward dependence*, *persistence*) e le tre dimensioni del carattere (*self directedness*, *cooperativeness*, *self transcendence*) secondo il modello di Cloninger²⁶.

L'analisi statistica è stata condotta applicando il test del t di Student con la correzione di Bonferroni alle variabili continue e il test del chi-quadrato alle variabili categoriali.

Risultati

Sono stati inclusi nello studio 52 pazienti, di cui 26 risultano affetti da disturbo bipolare di tipo II e 26 rientrano nei criteri diagnostici per il disturbo di personalità *borderline*.

I due gruppi non presentano differenze significative per distribuzione tra i sessi (1M:1F), età del primo contatto con i servizi (media \pm DS del gruppo totale: 21,96 \pm 4,9 anni) e periodo di tempo trascorso tra il primo contatto e la valutazione attuale (media \pm DS del gruppo totale: 5,96 \pm 2,04 anni). I componenti dell'intero campione presentano un'età media \pm DS di 28 \pm 4,2 anni, senza differenze tra i due gruppi.

L'analisi statistica, applicata alle scale del TCI, rivela differenze statisticamente significative per *reward dependence* ($p = 0,0005$), nell'ambito delle dimensioni temperamentali, e per *self directedness* ($p = 0,010$), per quel che riguarda le dimensioni caratteriali (Tab. I).

La trasformazione dei punteggi grezzi ottenuti per le singole dimensioni in percentili (Tab. II) mette in evidenza che entrambi i gruppi mostrano elevati livelli di *harm avoidance* (DPB: 91%; DB II: 85%). Anche se la differenza non risulta statisticamente significativa, il gruppo dei pazienti con DPB ha valori di *novelty seeking* maggiori rispetto a quello dei pazienti bipolari (70% vs. 45%). La differenza statisticamente significativa tra i due gruppi rispetto a *reward dependence* è evidente anche considerando i valori percentile, pari al 50% per i soggetti con DPB e 25% per quelli con DB II. L'ultima dimensione temperamentale, *persi-*

Tab. I. Confronto e analisi statistica con il test del t di Student delle dimensioni temperamentali e caratteriali dei due gruppi di pazienti con disturbo *borderline* di personalità e disturbo bipolare di tipo II. *Comparison and statistical analysis, using Student t test, of temperament and character dimensions in the two groups of patients with borderline personality disorder and type II bipolar disorder.*

Dimensioni	DPB	DB II	t-test
HA	21,85 \pm 8,05	21,08 \pm 8,53	ns
NS	22,69 \pm 9,04	19,08 \pm 3,52	ns
RD	16,15 \pm 2,46	12,77 \pm 3,51	0,0005
P	4,46 \pm 2,18	4,15 \pm 2,19	ns
SD	21,46 \pm 8,19	27,23 \pm 7,37	0,010
CO	29,69 \pm 5,84	29,69 \pm 6,67	ns
ST	13,38 \pm 6,78	14,77 \pm 7,33	ns

DPB = Disturbo *borderline* di personalità; DB II = Disturbo bipolare di tipo II; HA = *Harm avoidance*; NS = *Novelty seeking*; RD = *Reward dependence*; P = *Persistence*; SD = *Self directedness*; CO = *Cooperativeness*; ST = *Self transcendence*; ns = Non significativo.

Tab. II. Trasformazione dei punteggi grezzi delle dimensioni di temperamento e carattere del TCI in valori percentili. *Transformation of raw scores of the temperament and character dimensions of TCI in percentiles.*

Dimensioni	DPB		DB II	
	Score	% Rank	Score	% Rank
HA	22	91	21	85
NS	23	70	19	45
RD	16	50	13	25
P	4	15	4	15
SD	21	9	27	30
CO	30	35	30	35
ST	13	15	15	25

DBP = Disturbo *borderline* di personalità; DB II = Disturbo bipolare di tipo II; HA = *Harm avoidance*; NS = *Novelty seeking*; RD = *Reward dependence*; P = *Persistence*; SD = *Self directedness*; CO = *Cooperativeness*; ST = *Self transcendence*.

stence, mostra gli stessi valori percentili in entrambi i campioni (15%).

Fra le dimensioni caratteriali i valori percentile di *cooperativeness* (DPB: 35%; DB II: 35%) e di *self transcendence* (DPB: 20%; DB II: 25%) si equivalgono nei due gruppi, mentre rispetto a *self directedness* i pazienti con DPB rivelano valori molto inferiori rispetto ai pazienti bipolari (9% vs. 30%), che si riflettono nella differenza significativa al t-test.

Discussione

Dall'analisi dei dati emerge che i due disturbi, pur condividendo alcune caratteristiche del profilo di personalità, si differenziano in modo significativo rispetto a una dimensione temperamentale (*reward dependence*) e una caratteriale (*self directedness*).

È necessario innanzitutto confrontare le caratteristiche individuate nel nostro campione coi dati disponibili in letteratura relativi a popolazioni analoghe. Rispetto al disturbo bipolare II il riscontro di punteggi elevati di *harm avoidance* (85%) e medi di *novelty seeking* (45%) è in sostanziale accordo con i risultati ottenuti da altri autori²⁷⁻³³. Il riscontro di bassi livelli di *persistence* (15%), *self directedness* (30%) e *cooperativeness* (35%) è in accordo con gli studi di Nowakowska et al.³², Engstrom et al.³¹ e Osher et al.³⁴, ma il nostro campione non ha riprodotto l'aumento di *self transcendence* (25%) riscontrato da Evans et al.³³.

Il campione dei pazienti con disturbo *borderline* di personalità mostra, in linea con la letteratura, elevati livelli di *novelty seeking* (91%) e *harm avoidance* (70%), dimensioni temperamentali che danno ragione dell'importante componente impulsiva presente nel disturbo e dell'instabilità delle relazioni interpersonali. Il rilievo di bassi livelli di *persistence* (15%), *self directedness* (9%) e *cooperativeness* (35%) è comune ad altri studi^{35-36,42-45}, mentre i valori di *reward de-*

pendence relativamente elevati (50%) e significativamente superiori a quelli dei pazienti bipolari non sono riportati negli studi sul temperamento da noi esaminati.

Una differenza significativa tra i due gruppi di pazienti rispetto alla dimensione temperamentale *reward dependence* è indicativa, secondo il modello di Cloninger, di caratteristiche genetiche e biologiche differenti e può quindi essere considerata un elemento in contrasto con l'appartenenza del disturbo di personalità *borderline* allo spettro del disturbo bipolare.

L'altra differenza significativa tra i due gruppi riguarda la *self directedness*, una dimensione caratteriale che presenta valori inferiori nei pazienti con DPB rispetto a quelli bipolari. Questa differenza può essere spiegata almeno in parte con la differenza di *reward dependence*, perché l'elevata dipendenza dagli stimoli esterni rende questi soggetti immaturi, fragili, incapaci di difendersi da forti condizionamenti ambientali, privi di un'organizzazione interna che li renda in grado di definire progetti e perseguire degli obiettivi. Queste caratteristiche espongono i pazienti *borderline* a uno stato persistente di angoscia difficilmente compatibile con un'adeguata progettualità.

Conclusioni

Il riscontro di livelli significativamente maggiori di *reward dependence* e significativamente minori di *self directedness* nel gruppo dei pazienti con disturbo *borderline* configura un profilo che riprende, per alcuni aspetti, le concezioni psicopatologiche di autori classici. In particolare Bergeret⁴⁶, autore di formazione psicoanalitica, mise in evidenza la tendenza di questi soggetti a instaurare relazioni oggettuali di tipo anaclitico, ovvero caratterizzate da intensa dipendenza dall'oggetto. Il timore di perdere l'oggetto rende l'individuo costantemente esposto a un'angoscia de-

pressiva qualitativamente diversa da quella nevrotica e melanconica, che comporta sentimenti di impotenza, sensazione di essere incapace di suscitare amore negli altri e desiderio di essere protetto e sostenuto. I pazienti *borderline* utilizzano il termine “depressione” per descrivere sentimenti cronici di noia, vuoto, solitudine⁴⁷. Inoltre sentimenti di rabbia consci si alternano spesso alla depressione caratterologica del paziente *borderline*, diversamente da quanto avviene ai pazienti affetti da una forma di depressione endogena⁴⁸. La costante “lotta” contro il pericolo di una caduta depressiva rende questi soggetti fragili e privi di un’organizzazione interiore che permetta loro di definire e programmare degli obiettivi a lungo termine. Queste osservazioni mettono in evidenza l’importanza di esaminare i pazienti affetti da disturbo

di personalità *borderline* considerando un livello di interpretazione che va al di là della semplice descrizione del quadro clinico e sintomatologico. Infatti, sebbene questi pazienti presentino un’organizzazione strutturale relativamente omogenea, caratterizzata da diffusione dell’identità, uso di difese primitive ed esame di realtà relativamente conservato, essi possono differire notevolmente l’uno dall’altro in termini di presentazione ed evoluzione clinica⁴⁹⁻⁵⁰. Nell’ambito della notevole variabilità del quadro clinico, le manifestazioni sindromiche possono presentare in alcuni casi analogie anche estese con quelle dei disturbi affettivi, soprattutto bipolari, senza che questa somiglianza implichi necessariamente una base genetica comune o percorsi patogenetici condivisi.

Bibliografia

- 1 Akiskal HS. *Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the “borderline” realm*. Psychiatr Clin North Am 1981;4:25-46.
- 2 Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Benabarre A, Gastó C. *Personality disorders in bipolar II patients*. J Nerv Ment Dis 1999;187:245-8.
- 3 Rossi A, Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, Di Cicco L, Kalyvoka A, et al. *Personality disorders in bipolar and depressive disorders*. J Affect Disord 2001;65:3-8.
- 4 Brieger P, Ehart U, Marneros A. *Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders*. Compr Psychiatry 2003;44:28-34.
- 5 George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor D. *The comorbidity of bipolar disorder and Axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates*. Bipolar Disord 2003;5:115-22.
- 6 Schiavone P, Dorz S, Conforti D, Scarso C, Borgherini G. *Comorbidity of DSM-IV Personality Disorders in unipolar and bipolar affective disorders: a comparative study*. Psychol Rep 2004;95:121-8.
- 7 Bieling P, MacQueen GM, Marriot MJ, Robb JC, Begin H, Joffe RT, et al. *Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms*. Bipolar Disord 2003;5:14-21.
- 8 Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, Gastó C. *Clinical factors associated with treatment non-compliance in euthymic bipolar patients*. J Clin Psychiatry 2000;61:549-55.
- 9 Schou M. *No help from lithium? About patients who might have been but were not helped by prophylactic lithium treatment*. Compr Psychiatry 1988;29:83-90.
- 10 O’Connell RA, Mayo JA, Eng LK, Jones JS, Gabel RH. *Social support and long-term lithium outcome*. Br J Psychiatry 1985;147:272-5.
- 11 Barbato N, Hafner RJ. *Comorbidity of bipolar and personality disorder*. Austr NZ J Psychiatry 1998;32:276-80.
- 12 Kutcher SP, Marton P, Korenblum M. *Adolescent bipolar illness and personality disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990;29:355-8.
- 13 Sato T, Sakado K, Uehara T, Narita T, Hirano S. *Personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression in Japan*. J Nerv Ment Dis 1999;187:237-42.
- 14 Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. *The relationship of personality to affective disorders*. Arch Gen Psychiatry 1983;40:801-10.
- 15 Hirschfeld RMA, Klerman GL. *Personality attributes and affective disorders*. Am J Psychiatry 1979;136:67-70.
- 16 Clark AC, Watson D, Mineka S. *Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders*. J Abnorm Psychology 1994;1:103-16.
- 17 Zeiss AM, Lewinsohn PM. *Enduring deficits after remissions of depression: a test of the scar hypothesis*. Behav Res Ther 1988;26:151-8.
- 18 Dunayevich E, Sax KW, Keck PE Jr, McElroy SL, Sorter MT, McConville BJ, et al. *Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders*. J Clin Psychiatry 2000;61:134-9.
- 19 Deltito J, Martin L, Riefkohl J, Austria B, Kisselenko A, Corless P, et al. *Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum?* J Affect Disord 2001;67:221-8.
- 20 Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DH. *Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum?* Harv Rev Psychiatry 2004;12:133-9.
- 21 Gottesman II, Gould TD. *The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions*. Am J Psychiatry 2003;160:636-45.
- 22 Christensen MV, Kessing LV. *Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder?* Nord J Psychiatry 2006;60:79-88.
- 23 Mackinnon DF, Pies R. *Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders*. Bipolar Disord 2006;8:1-14.
- 24 Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT, Kueppenbender KD, Zanarini MC, Shea MT, et al. *Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder*. Am J Psychiatry 2006;163:1173-8.
- 25 Siever LJ, Davis KL. *A psychobiological perspective on the personality disorders*. Am J Psychiatry 1991;148:1647-58.

- 26 Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use*. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality 1994.
- 27 Strakowski SM, Faedda GL, Tohen M, Goodwin DC, Stoll AL. *Possible affective-state dependence of the Tridimensional Personality Questionnaire in first-episode psychosis*. Psychiatry Res 1992;41:215-26.
- 28 Young LT, Bagby RM, Cooke RG, Parker JDA, Levitt AJ, Joffe RT. *A comparison of Tridimensional Personality Questionnaire dimensions in bipolar disorder and unipolar depression*. Psychiatry Res 1995;58:139-43.
- 29 Solomon DA, Shea MT, Leon AC, Mueller TI, Coryell W, Maser JD, et al. *Personality traits in subjects with bipolar I disorder in remission*. J Affect Disord 1996;40:41-8.
- 30 Engstrom C, Brandstrom S, Sigvardsson S, Cloninger R, Nylander P. *Bipolar disorder. II: Personality and age of onset*. Bipolar Disord 2003;5:340-8.
- 31 Engstrom C, Brandstrom S, Sigvardsson S, Cloninger CR, Nylander PO. *Bipolar disorder: temperament and character*. J Affect Disord 2004;82:131-4.
- 32 Nowakowska C, Strong CM, Santosa CM, Wang PW, Ketter TA. *Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls*. J Affect Disord 2005;85:207-15.
- 33 Evans L, Akiskal HS, Keck PE Jr, McElroy SL, Sadovnick AD, Remick RA, et al. *Familiarity of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum*. J Affect Disord 2005;85:153-68.
- 34 Osher Y, Cloninger CR, Belmaker RH. *TPQ in euthymic manic-depressive patients*. J Psychiatr Res 1996;30:353-7.
- 35 Fossati A, Donati D, Donini M, Novella L, Bagnato M, Maffei C. *Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder*. J Personal Disord 2001;15:390-402.
- 36 Pukrop R. *Dimensional personality profiles of borderline personality disorder in comparison with other personality disorders and healthy controls*. J Personal Disord 2002;6:135-47.
- 37 Joyce PR, McKenzie JM, Luty SE, Mulder RT, Carter JD, Sullivan PF, et al. *Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders*. Aust NZ J Psychiatry 2006;37:756-64.
- 38 Ha KS, Kim SJ, Ma Y, Kim JH, Hwang JW, Lee NY, et al. *Three-year follow-up of women with and without borderline personality disorder: development of Cloninger's character in adolescence*. Psychiatry Clin Neurosci 2004;58:42-7.
- 39 Barnow S, Spitzer C, Grabe HJ, Kessler C, Freyberger HJ. *Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45:965-72.
- 40 First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders* (trad. it. a cura di Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, Lussetti M, Guaraldi GP. Firenze: OS 2000).
- 41 First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *Structured Clinical Interview for Axis II DSM-IV Disorders* (trad. it. a cura di Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, Guaraldi GP. Firenze: OS 2003).
- 42 Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. *Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character*. Arch Gen Psychiatry 1983;50:991-9.
- 43 Bejerot S, Schlette P, Ekselius L, Adolfsson R, Von Knorring L. *Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder*. Acta Psychiatr Scand 1998;98:243-9.
- 44 Casey JE, Joyce PR. *Personality disorder and the Temperament and Character Inventory in the elderly*. Acta Psychiatr Scand 1999;100:302-8.
- 45 Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger RC. *Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome*. Compr Psychiatry 2003;44:35-43.
- 46 Bergeret J. *La personalità normale e patologica*. Milano: Raffaello Cortina 1972.
- 47 Gunderson JG, Zanarini MC. *Current overview of the borderline diagnosis*. J Clin Psychiatry 1987;48:5-14.
- 48 Gunderson JG, Phillips KA. *A current view of the interface between borderline personality disorder and depression*. Am J Psychiatry 1991;148:967-75.
- 49 Kernberg OF. *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica* (1976). Milano: Raffaello Cortina 1980.
- 50 Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psicoterapia della personalità borderline*. Milano: Raffaello Cortina 2000.