



## **Disturbo Borderline di Personalità: un caso di ritardo diagnostico**

Antonella Francesca Cuccomarino, Alessandra Ramati, Alessia Antonella Merelli, Annalisa Boldrini, Francesca Podavini, Ilaria Missaglia, Marco Cappucciati, Edgardo Caverzasi

*Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Psichiatria,  
Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia*

---

### ***Disturbo Borderline di Personalità: un caso di ritardo diagnostico***

Il Disturbo Borderline di Personalità rappresenta un quadro psicopatologico cronico, debilitante e con una importante prevalenza nella popolazione generale. È caratterizzato da relazioni interpersonali caotiche e dolorose, labilità emotiva, impulsività, scoppi d'ira, tentativi di suicidio e gesti auto-lesivi. Recentemente, i ricercatori hanno cominciato a capire gli aspetti fondamentali di tale disturbo: instabilità nei rapporti interpersonali, sentimenti cronici di vuoto, paura di essere abbandonati, impulsività e rabbia, alterazione dell'identità. La variabilità clinica del disturbo può portare ad errori diagnostici o ritardi diagnostici, che non sono così infrequenti, come mostra questo caso clinico. La non attenzione al paziente, nella sua totalità fisica e psichica, non permette di effettuare precocemente una corretta terapia farmacologica e psicoterapica.

### ***Borderline Personality Disorder: a case of diagnostic delay***

Borderline personality disorder (BPD) is a highly prevalent, chronic, and debilitating psychiatric problem characterized by a pattern of chaotic and self-defeating interpersonal relationships, emotional lability, poor impulse control, angry outbursts, frequent suicidality, and self-mutilation. Recently, psychopathology researchers have begun to understand fundamental aspects of BPD such as unstable, intense interpersonal relationships, feelings of emptiness, bursts of rage, chronic fears of abandonment and intolerance for loneliness, and lack of a stable sense of self. The variable clinical picture can lead to wrong or delayed diagnosis. Clinical events similar to the one presented in this case report are quite common, not allowing to start promptly the appropriate pharmacological and psychotherapeutical treatment.

---

## **Introduzione**

### ***Disturbo Borderline di Personalità***

Il termine personalità è universalmente usato per descrivere le caratteristiche risposte comportamentali individuali, basate sulle proprie esperienze interiori e quelle avvenute nell'ambiente esterno. Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali [1], nella sua quarta edizione, definisce il Disturbo di

Personalità come una modalità abituale di esperienza interiore e di comportamento, che devia marcatamente dalle aspettative culturali, è inflessibile e pervasiva, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e porta a sofferenza ed a disfunzioni. Il DSM-IV classifica i disturbi di personalità in tre gruppi per affinità di caratteristiche (Tabella 1).

Il termine borderline deriva dal border, ossia confine, tra nevrosi e psicosi in cui si trovano a vivere i pazienti. Tale disturbo è caratterizzato da un'enorme instabilità affettiva e dell'umore, instabilità nelle relazioni oggettuali, instabilità dell'immagine del sé, da rapporti interpersonali contraddistinti da sentimenti esagerati che oscillano bruscamente dall'idealizzazione alla svalutazione, con mancanza di controllo sull'impulsività e sull'aggressività.

### Epidemiologia

Interessa circa l'1-2% della popolazione generale. È due volte più comune nel sesso femminile che nel sesso maschile. Circa il 90% delle persone con tale diagnosi ha un'altra diagnosi di patologia psichiatrica. La prevalenza dei Disturbi dell'Umore, di Abuso di Alcool e di Sostanze e Disturbo di Personalità Antisociale è aumentata nelle famiglie di persone con un disturbo borderline.

### Eziopatogenesi

#### Psicodinamica e ricerca empirica

Le prime formulazioni psicoanalitiche spettano a Kernberg [2], il quale ha individuato la sottofase del riavvicinamento (tra il sedicesimo ed il ventiquattresimo mese di vita) come il momento cruciale di una crisi evolutiva. In questa fase il bambino teme che la madre possa scomparire ed a volte mostra una preoccupazione rispetto ai suoi movimenti. Da questo punto di vista, i pazienti borderline possono essere visti come persone che rivivono continuamente una crisi infantile precoce in cui temono che i tentativi di separarsi dalla madre provocheranno la sua scomparsa. Gli adulti borderline sono quindi incapaci di tollerare periodi di solitudine ed hanno costantemente paura di essere abbandonati dagli altri. Anche Masterson e Rinsley successivamente [3] hanno sottolineato l'importanza della fase del riavvicinamento. Secondo tali autori tuttavia, le madri dei pazienti borderline hanno trasmesso ai figli un chiaro messaggio che ogni loro tentativo di separazione provocherà la perdita dell'amore materno, portando ad una depressione abbandonica. Tutti i modelli psicodinamici sono stati almeno in parte messi in discussione dalla ricerca empirica. Per esempio, la formulazione psicoanalitica di Masterson e Rinsley è stata riesaminata in una serie di studi, che nel complesso hanno portato a tre conclusioni principali [4]:

1. i pazienti borderline di solito considerano la loro relazione con la madre distaccata, molto conflittuale o poco coinvolgente;
2. nelle famiglie dei pazienti borderline la mancanza della presenza paterna è un aspetto ancora più discriminante della relazione con la madre;
3. relazioni disturbate sia con la madre sia con il padre possono essere più patogene, oltre che più specifiche per il Disturbo Borderline di Personalità, di quanto non lo siano relazioni problematiche con un solo genitore.

Questi dati suggeriscono che la trascuratezza può rappresentare un fattore eziologico più significativo dell'abnorme coinvolgimento materno. Le teorie psicodinamiche che enfatizzano il significato della separazione e dell'abbandono hanno ricevuto una conferma da studi che hanno stimato la prevalenza di perdite e separazioni precoci nelle storie infantili di pazienti affetti da borderline [5].

A sostegno poi del concetto che l'abuso durante l'infanzia sia uno dei fattori più rilevanti nell'eziologia del disturbo esistono oggi diversi studi. L'abuso sessuale infantile sembra infatti essere un importante fattore eziologico in circa il 60% dei pazienti borderline, anche se non è necessario né sufficiente per lo sviluppo del disordine [6]. Anche altre esperienze infantili negative, come comportamenti di trascuratez-

za da parte di caregivers e la presenza di un ambiente familiare caotico o inconsistente costituiscono fattori di rischio significativi. Tali esperienze sono di solito collegate con pattern di attaccamento problematici, insicuri e/o disorganizzati, che sono alla base della incapacità dei pazienti di mentalizzare, ossia di immaginare o far finta di essere altre persone (modalità immaginativa di pensiero).

### *Dati neurobiologici*

La frequente presenza di precoci interazioni traumatiche con genitori o caregivers nella storia di pazienti borderline ha portato alcuni autori a studiare l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene [7]. Ne è risultata un'ipersecrezione di ACTH, probabilmente mediata da un'aumentata risposta agli stimoli dei recettori per il CRH. Questi dati corrispondono ad una condizione fisiologica di iperreattività, derivata dalla necessità di controllare l'ambiente per la possibile presenza di soggetti con intenzioni malevole nei loro confronti, in un quadro affettivo ansioso ed ipervigilante.

Secondo un altro studio [8], la funzione dell'amigdala è quella di aumentare la vigilanza e di facilitare la valutazione di potenziali situazioni ambigue o strane. Successivi studi di imaging hanno riscontrato un aumento dell'attività dell'amigdala nei pazienti borderline rispetto ai soggetti di controllo, il che ha portato alla conclusione che in soggetti borderline la corteccia percettiva può essere modulata attraverso l'amigdala, con conseguente aumento dell'attenzione verso stimoli ambientali emozionalmente rilevanti. Altri autori hanno segnalato riduzioni volumetriche dell'ippocampo e dell'amigdala nei pazienti borderline rispetto a soggetti di controllo. Sebbene comunque molte ricerche abbiano definito il ruolo del trauma nel determinare una riduzione volumetrica dell'ippocampo, la relazione tra il trauma infantile e le ridotte dimensioni dell'amigdala rimane poco chiara.

Anche se molti dei correlati neurobiologici del disturbo sono riconducibili a processi traumatici, alcuni possono essere dovuti ad influenze genetiche, prenatali o postnatali. Negli studi sull'eziologia, non tutti i pazienti borderline hanno alle spalle una storia di traumi o di esperienze di trascuratezza: l'eziologia deve pertanto essere presumibilmente multifattoriale. I dati sulle componenti genetiche del disturbo sono limitati, ma l'unico studio disponibile condotto su gemelli indica che fattori genetici sono probabilmente implicati, in quanto la concordanza nei gemelli monozigoti è del 35% rispetto a quella dei gemelli dizigoti (7%) [9]. Tutti questi dati neurobiologici indicano dunque una chiara eziologia multifattoriale, i cui tre fattori principali sono [10]:

- un ambiente familiare traumatico e caotico, che determina separazioni precoci, disaccordo emozionale, comportamenti di rifiuto e trascuratezza nei confronti del bambino, insensibilità rispetto ai suoi sentimenti e bisogni e traumi di diversa entità;
- un temperamento costituzionalmente vulnerabile;
- eventi scatenanti, come il tentativo di stabilire una relazione intima, il fatto di vivere da soli, abusi sessuali o altre esperienze traumatiche, ognuna delle quali possa agire da trigger attivando la sintomatologia della condizione borderline.

Ciascun paziente borderline può comunque avere un personale percorso eziologico che coinvolge in diversa misura questi tre fattori eziologici generali.

### *Clinica e diagnosi*

I criteri diagnostici del DSM-IV [1] definiscono così il disturbo: "Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine del sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti, come indicato da uno (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 fra iper-idealizzazione 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 (quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate);
5. ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento auto mutilante;
6. instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore (per esempio, 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 esempio, frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici);
9. ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, prevalentemente legati allo stress.”

Il clinico pertanto può trovarsi di fronte a persone che hanno rapide oscillazioni dell'umore, con frequenti sentimenti depressivi e di noia, di vuoto, che rimandano ad una mancanza di un coerente sentimento di identità e che possono indurli da un lato alla promiscuità, per l'intolleranza alla solitudine, dall'altro per il timore continuo di essere abbandonati, a cercare aiuto attraverso gesti auto-lesivi (caratteristici sono “il taglio dei polsi” o l'ingestione di corpi estranei, nei momenti di tensione emotiva o in risposta a rabbia o delusioni relazionali, anche fugaci, reali o temute). Il bisogno degli altri è talmente intenso che la solitudine comporta un sentimento di annientamento: ogni abbandono, sia reale che immaginario, è vissuto catastroficamente. Sono frequenti i tentativi di manipolazione delle relazioni, mediante gesti auto lesivi minacciati od agiti per trattenere a sé le persone. Sono persone impulsive, che contrappongono al loro sentimento cronico di vuoto la ricerca di stimoli forti attraverso condotte pericolose (promiscuità sessuale, abuso di sostanze, etc.) ed il dolore provocato con le ferite autointerferenti. L'autolesività serve da un lato a scaricare la rabbia e dall'altro a cercare di recuperare attraverso il dolore un maggior senso di coesione e di identità.

## Caso clinico

L. è una ragazza di 23 anni. Nata a termine da parto eutocico è stata allattata al seno. Riferisce regolare sviluppo psicofisico globale. Alvo, diuresi e minzione nella norma. Menarca all'età di 12-13 anni. Alimentazione regolare. Consumo saltuario di alcool. Fuma circa 10-15 sigarette/die. Non presenta allergie note. Riferisce comuni esantemi infantili normo-decorsi. Alcuni anni fa ha subito l'asportazione di due nei, l'asportazione di una cisti sacro-coccigea, di condilomi. Ha eseguito inoltre interventi chirurgici a livello dei turbinati e del setto nasale.

L. trascorre i primi anni di vita in un clima sereno. Durante la scuola materna vive le prime amicizie, alcune delle quali continueranno fino ad oggi. Durante quel periodo il clima familiare viene descritto come scisso: da una parte si trova il padre, persona affettiva, aperta, sempre disponibile e pronto a consolarla, dall'altra incombe la madre, in cura da anni per un disturbo ansioso-depressivo e descritta come una donna iraconda, facile alle percosse, a tratti svalutante la figlia. A tal riguardo L. ricorda in particolare un episodio accaduto quando lei aveva 6-7 anni: la madre, non riuscendo a trovare un anello, accusò ingiustamente la figlia di averlo rubato ed arrivò ad aggredirla sia verbalmente che fisicamente, prima di scoprire che in realtà che l'oggetto in questione era sempre stato nel porta gioielli.

Gli anni trascorrono. L. viene iscritta alle scuole elementari, presso un istituto privato di Milano, gestito dalle suore. Il rapporto con le suore viene descritto da L. come ottimo, ed il rendimento scolastico è più che buono. Anche gli anni delle scuole medie, frequentate presso un istituto privato

ancora, trascorrono senza particolari problemi. Alla fine delle scuole dell'obbligo, L. decide di iscriversi al Liceo Classico (ancora privato) e, nonostante alcune difficoltà insorte con lo studio della lingua greca, il rendimento scolastico non è segnato da alcun peggioramento.

Durante questi anni iniziano le prime relazioni sentimentali. Il primo rapporto sessuale avviene all'età di 15 anni ed il primo vero innamoramento risale ad un anno più tardi, quando L. si invaghisce di un ragazzo di strada (e della sua filosofia di vita anni '60), conosciuto per caso. Dopo qualche mese però si perdono di vista e L. comincia una nuova relazione amorosa che è durata, fra alti e bassi, quattro anni.

Fra il 3° ed il 4° anno del liceo iniziano anche i primi conflitti tra i genitori, che decidono di separarsi consensualmente. L. descrive questi anni come orribili. La sintomatologia depressiva della madre si aggrava e cerca altre relazioni sentimentali che spesso si rivelano effimere, e nelle quali coinvolge spesso la stessa figlia. Il padre nel frattempo decide trasferirsi in un'altra abitazione. L. si trova a vivere in un clima mentalmente abusante, venendo sempre più coinvolta nella guerra inter-genitoriale. La ragazza è confusa, cambia più volte abitazione, passando prima un periodo con la madre e poi con il padre e di nuovo con la madre. Nel frattempo il rendimento scolastico subisce un crollo.

Dopo circa un anno dall'inizio della separazione (primavera del 4° anno di liceo), L. racconta di aver vissuto una intensa crisi d'ansia che la porta ad essere ricoverata nello SPDC dell'ospedale San Carlo di Milano, per circa 8-9 giorni. Una volta dimessa, torna a vivere con la madre, ma i disturbi d'ansia peggiorano e, dopo poco tempo, assume una quantità incongrua di delorazepam, andando in overdose. Tale episodio viene trattato in Pronto Soccorso ed i colleghi medici non riterranno necessario un altro ricovero in psichiatria. L'anno successivo, ultimo del liceo, vede L. sprofondare in una crisi depressiva, trattata con mirtazapina e valproato. Le conseguenti assenze dai banchi di scuola divengono numerosissime e così perde l'anno scolastico. L'anno seguente L. si iscrive nuovamente al 5° anno di Liceo, presso lo stesso istituto, portandolo a termine seppur con qualche difficoltà.

Una volta conseguito il diploma decide di iscriversi alla Facoltà di Lettere dell'Università di Pavia, trasferendosi a vivere in un monolocale della stessa città. L. ha pessimi ricordi di tale periodo. Visse varie difficoltà riguardanti l'adattamento fino al ripresentarsi di una ricaduta depressiva, che la porta a non riuscire a seguire le lezioni, impedendole di superare gli esami. L'anno successivo decide di iscriversi alla facoltà di Biotecnologie e tornare a vivere con la madre, ma la situazione non sembra migliorare. Infatti, proprio in questi mesi inizia il divorzio ed anche in questa occasione, i genitori la coinvolgono quasi quotidianamente nella battaglia legale. L'unico conforto sembra arrivare da Q., il suo ultimo compagno, conosciuto tra i 21 ed i 22 anni, e con il quale instaura fin da subito un profondo legame. Nell'autunno 2010, un'accesa discussione con la madre, che richiede anche l'intervento della polizia, porta L. a ritornare dal padre, ed a concludere definitivamente i rapporti con la madre, fino a maggio del 2011. Nel mese di settembre del 2011, L., a causa di una grave crisi d'ansia, tenta ancora una volta il suicidio attraverso l'ingestione di farmaci. A tale episodio di overdose fa seguito il ricovero, per qualche giorno, nel reparto di Psichiatria della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo.

Oggi vive con il padre, pur mantenendo una certa indipendenza. I rapporti con la madre si sono parzialmente ristabiliti. La storia sentimentale con Q. si è conclusa ed una nuova iscrizione alla facoltà di Lettere sembra rappresentare un punto fermo nel suo futuro.

## **Discussione e conclusioni**

La descrizione del caso clinico mette bene in luce come sia necessaria un'attenta diagnosi differenziale, data la variabilità di presentazioni cliniche. Il disturbo Borderline di Personalità deve essere differenziato dai Disturbi Psicotici, dai Disturbi dell'Umore (in particolare il Disturbo Depressivo Maggior-

re), dai cambiamenti della personalità indotti da condizioni mediche, da altri disturbi di Personalità (in particolare Antisociale, Schizotipico, Narcisistico, Istrionico, Dipendente e Paranoide). L. ha effettuato differenti test psicodiagnostici, in particolare la diagnosi è stata supportata dalla SCID II (Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality Disorders) e dalla SWAP-200 (Shedler-Westen Assessment Procedure). Il primo è uno strumento che viene auto-somministrato, in circa 30 minuti, costituito da 119 items, e che successivamente verrà valutato dal clinico; serve per fare diagnosi di uno o più Disturbi della Personalità definiti dal DSM IV. Il secondo invece è un test psicometrico che viene effettuato dal clinico, in riferimento al paziente, dopo aver effettuato almeno tre colloqui con il paziente stesso; è costituito da 200 items divisi in categorie; anche tale test permette di formulare una diagnosi di Disturbo di Personalità. Entrambi i tests hanno permesso di orientare la diagnosi per il Disturbo Borderline di Personalità, con tratti: narcisistico, antisociale, paranoide, depressivo ad alto funzionamento, dipendente, istrionico. L. si è mostrata collaborante durante la valutazione. Nel racconto della sua storia, l'esordio dei suoi disturbi sembra risalire al periodo in cui avviene la separazione dei genitori, vissuta come un evento traumatico e che segna profondamente la paziente. Infatti lei stessa appare coinvolta in prima persona nei conflitti interni della coppia genitoriale, che provocano in lei sentimenti di rabbia e desideri, talora inconsci, di rivendicazione ed alimentano vissuti depressivi ed abbandonici che persistono nelle varie fasi della vita della paziente.

Questa situazione familiare conflittuale da un lato sembra esasperarla e generare in lei sintomi ansiosi e di panico, dall'altro la porta ad assumere posizioni ambivalenti rispetto alle figure genitoriali. Si può notare una certa difficoltà nel comprendere il pensiero dei genitori con una tendenza alla pseudo-mentalizzazione e conseguente idealizzazione del padre, associata ad una profonda svalutazione della madre. Sin dall'adolescenza L. mostra una modalità relazionale caratterizzata da impulsività e talora instabilità: vive numerose relazioni sentimentali e di amicizia con grande intensità, ma che frequentemente si rivelano fugaci ed effimere. In alcuni momenti emergono particolarmente i tratti personologici istrionici e narcisistici, con una ricerca di attenzione espressa attraverso atteggiamenti provocatori o provocanti ed atti dimostrativi; emergono anche la disregolazione emotiva ed una grande sensibilità alle critiche, che spesso portano la paziente ad interrompere legami prima ritenuti importanti. In alcuni momenti della sua vita, L. appare disforica ed alterna periodi di tristezza e malinconia (fasi in cui esprime peraltro la sua creatività e sensibilità attraverso ad esempio la scrittura di poesie o tenendo un diario) alternati a momenti di gioia ed entusiasmo per la vita, in cui manifesta desideri di cambiamento e nuovi progetti per il futuro.

Il programma terapeutico previsto per L. si compone di visite di controllo farmacologico presso il CIRDIP (Centro Interdipartimentale di Ricerca sui Disturbi di Personalità e sullo sviluppo di modelli di comunicazione medico-paziente, Presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo) per il monitoraggio della terapia psicofarmacologica (attualmente in terapia con pregabalin 150 mg/die), associato ad un percorso psicoterapico individuale per lavorare sugli aspetti personologici del cluster B, sulla funzione riflessiva e sullo sviluppo di una buona mentalizzazione, fondamentale per cercare di lavorare sui sintomi nucleari del disturbo di personalità.

## Tabelle e figure

**Tabella 1. Classificazione dei Disturbi di Personalità secondo il DSM IV.**

	<b>Descrizione</b>	<b>Disturbo di Personalità</b>
<i>GRUPPO A</i>	Strano, bizzarro, eccentrico	Paranoide, Schizoide, Schizotipico
<i>GRUPPO B</i>	Drammatico, mutevole	Antisociale, Borderline, Istrionico, Narcisistico
<i>GRUPPO C</i>	Ansioso, pauroso	Evitante, Dipendente, Ossessivo-Compulsivo (anancastico)

### **Bibliografia**

1. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. *American Psychiatric Association*. Washington, DC, 1980.
2. Kernberg OF. Borderline personalità organization. *J of the American Psychoanalytic Association* 1967;15:641-685.
3. Masterson JF, Rinsley DB. The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International J of Psychoanalysis* 1975;56:163-177.
4. Zanarini MC, Frankenburg FR. Pathways to the development of borderline personality disorder. *J of Pers Dis* 1997;11:93-104.
5. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Compreh Psych* 1989;30:149-156.
6. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF et al. Childhood experiences of borderline patients. *Compreh Psych* 1989;368:18-25.
7. Rinne T, de Kloet ER, Wouters L et al. Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combine dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse. *Biological Psychiatry* 2002;52:1102-1112.
8. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implication for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry* 2003;54:1284-1293.
9. Torgersen S, Lygren S, Oien PA et al. A twin study of personality disorders. *Compreh Psych* 2000;41:416-425.
10. Zanarini MC, Frankenburg FR. Pathways to the development of borderline personality disorder. *J of Pers Dis* 1997;11:93-104.