



## **Patterns subsindromici del Disturbo *Borderline* della Personalità in base alla presenza di Attacchi di Panico**

Federica Pezzini, Vera Abbiati, Andrea De Micheli, Giulia Zelda De Vidovich,  
Federica Gaio, Sara Maccagnoni, Edgardo Caverzasi

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

---

### ***Patterns subsindromici del Disturbo Borderline della Personalità in base alla presenza di Attacchi di Panico***

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale su 43 pazienti che alla valutazione del Centro Interdipartimentale di Ricerca sui disturbi di Personalità (CIRDIP) soddisfavano i criteri per il Disturbo *Borderline* della Personalità (BPD) del DSM-IV per esaminarne le caratteristiche in base alla presenza di Attacchi di Panico (PA) al *baseline*, allo scopo di delineare due gruppi di pazienti psicopatologicamente omogenei per cui si potessero ipotizzare specifiche modalità evolutive. Sebbene al *baseline* non sia stata riscontrata alcuna differenza statisticamente significativa delle scale psicometriche tra i due gruppi, il maggiore punteggio medio alla *Zanarini Rating Scale* (ZAN-BPD) e il minore alla *revised-Relationship Anecdotes Paradigm* (r-RAP) del gruppo senza PA indicano scompensi rappresentati principalmente dai sintomi tipici della fase acuta del BPD, alquanto mutevoli e quindi passibili di miglioramento. D'altro canto, nei soggetti con PA il disturbo appare meno grave, poiché questi sembrano esprimere la sottostante organizzazione *borderline* attraverso la crisi acuta di ansia, sintomo nevrotico che divenendo parte integrante del loro funzionamento potrebbe impedirne un miglioramento a lungo termine.

### ***Subsyndromal patterns of Borderline Personality Disorder by the presence of Panic Attacks***

An observational study on 43 patients meeting the DSM-IV criteria for Borderline Personality Disorder (BPD) attending the Interdepartmental Research Centre on Personality Disorder (CIRDIP) was conducted to explore their characteristics by the presence of Panic Attacks (PA) at the baseline, aiming to find two groups of patients psychopathologically homogeneous for which we could hypothesize specific evolution modalities.

Even if at the baseline the differences of the psychometric scales were not statistically significant between the two groups, the higher mean score for the Zanarini Rating Scale (ZAN-BPD) and the less mean score for the revised-Relationship Anecdotes Paradigm (r-RAP) in the group without PA indicate disruptions represented mainly by the typical symptoms of the acute phase of BPD, eminently changeable, that therefore could show a significant decline. On the other hand, in patients with scares the disorder seems to be less severe, as they could express the undermining borderline organization through acute crisis of anxiety, neurotic symptom that becoming integrant in their functioning could prevent improvement over time.

---

## Introduzione

La storia naturale del Disturbo *Borderline* di Personalità (BPD) non è ben conosciuta e la letteratura in proposito è tuttora controversa. Alcuni autori evidenziano un *pattern* maladattivo stabile nel corso del tempo, con incremento dei sintomi cronici [1]. Altri sostengono invece l'idea che il Disturbo *Borderline* di Personalità si estingua con l'età in termini di impulsività [2] e che il miglioramento sintomatologico è sia comune che stabile, anche tra i pazienti *borderline* più disturbati [3].

Una particolare difficoltà nella valutazione del *pattern* longitudinale del BPD è in relazione all'eterogeneità della sindrome. L'organizzazione del BPD ammette molti sottotipi [4] e ognuna delle sue caratteristiche (instabilità affettiva, impulsività, relazioni instabili e difetti cognitivi) riflette differenti disposizioni [5].

Studi precedenti suggeriscono che diverse aree della psicopatologia *borderline* mostrano differenti evoluzioni nel corso del tempo: i sintomi affettivi sono quelli che più probabilmente vanno incontro a risoluzione, mentre quelli impulsivi come gli atti di autolesionismo e i tentativi suicidari mostrano un significativo peggioramento [3].

A causa di simili osservazioni, alcuni autori hanno proposto che il BPD potrebbe essere riconcettualizzato come un ibrido di due elementi: tratti di personalità stabili e comportamenti disfunzionali che sono tentativi per adattarsi, difendendo da questi tratti patologici [6].

Comunque ci sono poche informazioni per quanto riguarda la relazione tra il BPD e la comorbidità globale con tutte le classi di disordini in Asse I contemporaneamente valutati. Per quanto concerne il problema di possibili *patterns* subsindromici, attualmente non è conosciuto quasi nulla riguardo alle correlazioni tra la sindrome *borderline* e il sintomo di panico, dal momento che questi due disturbi sono sempre stati considerati distintamente l'uno dall'altro, anche se spesso ricorrono simultaneamente. In confronto a pazienti non-BPD, il 29% dei pazienti BPD riceve una diagnosi aggiuntiva di Disturbo di Panico con Agorafobia [7].

L'attacco di panico e alcuni aspetti della sindrome *borderline* hanno qualcosa in comune, dal momento che possono condividere una simile eziopatogenesi traumatica. Il tipo di ansia opprimente connesso ad una esperienza traumatica viene incanalato per la maggior parte attraverso vie inconsce incontrollabili e determina una crisi di panico o una crisi dissociativa, che si sono rilevate essere aspetti tipici della diagnosi di *borderline*.

## Scopo del lavoro

Lo scopo dello studio è di esaminare le caratteristiche di soggetti con Disturbo *Borderline* della Personalità in base alla presenza di Attacchi di Panico (PA) al *baseline* ( $t_0$ ) per valutare le differenze tra i due gruppi (con PA e senza PA), allo scopo di delineare pazienti con caratteristiche psicopatologiche omogenee che rappresentino possibili *patterns* subsindromici del disturbo.

## Materiali e metodi

### *Soggetti e Disegno di Studio*

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale su 43 pazienti che sono stati reclutati ricevendo al Centro Interdipartimentale di Ricerca sui Disturbi di Personalità (CIRDiP) dell'Università di Pavia una diagnosi di BPD secondo i criteri del DSM-IV. Per ciascun paziente la diagnosi clinica di BPD è stata confermata usando la SCID I e la SCID II [8], dopo aver raggiunto un accordo clinico per mezzo

di due staff psichiatriche (uno esterno e uno interno). Sono stati esclusi i pazienti con qualsiasi comorbidità coinvolgente il sistema nervoso centrale, deficit cognitivi, dipendenza da alcol o sostanze, così come quelli affetti da Schizofrenia, Disturbo Schizoaffettivo e Disturbo Delirante.

I pazienti che hanno riferito panico al *baseline* o in passato sono stati classificati come soggetti “che soffrono di attacchi di panico”. La diagnosi di Attacco di Panico o di Disturbo di Panico è stata accertata mediante la SCID I ed indagini cliniche.

I pazienti arruolati potevano ricevere differenti trattamenti: una psicoterapia individuale ad orientamento basato sulla mentalizzazione (l’approccio proprio del CIRDiP), un trattamento psichiatrico o un trattamento psicoterapeutico. Sono stati inclusi nello studio anche i pazienti che hanno rifiutato ogni genere di trattamento.

### **Variabili**

Sono state usate diverse scale psicometriche. La *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder* (ZAN-BPD) [9] è stata usata per valutare la gravità sintomatologica del BPD.

La funzione riflessiva (RF) potrebbe essere sinteticamente definita come la capacità dei pazienti di figurarsi gli stati mentali (per es. convinzioni, ragioni, emozioni, desideri e necessità) che sostengono i propri comportamenti e quelli degli altri nelle interazioni interpersonali.

Per quanto riguarda l’*assessment* psicologico e psicopatologico, la funzione riflessiva è altresì uno schema di codificazione che può essere applicato ad una varietà di interviste cliniche.

Nel nostro studio, la RF è stata valutata per mezzo della *revised-Relationship Anecdotes Paradigm* (r-RAP), ideata da Amadei e Caverzasi. La r-RAP è un’intervista narrativa semistrutturata costituita da due parti. La prima sezione corrisponde al *Relationship Anecdotes Paradigm* (RAP), focalizzato sull’esposizione da parte del paziente di brevi memorie episodiche relazionali. È stata sviluppata una misura del *pattern* di relazione chiamata *core conflictual relationship theme* (CCRT), basata sul rilevamento di temi ricorrenti nelle narrazioni riguardanti i rapporti interpersonali [10]. La seconda parte dell’intervista è basata sulla sezione centrale della *Adult Attachment Interview* (AAI) e comprende la richiesta dei tre aggettivi che meglio rappresentino ciascuno dei genitori e le sei *Demand Questions* concernenti i rapporti con i genitori durante l’infanzia. La r-RAP è perciò finalizzata ad ottenere informazioni riguardanti sia i *patterns* sociali ricorrenti sia il Sé riflessivo dei pazienti [11].

Si è visto che la funzione riflessiva influisce sulla diversa difficoltà nel trattare i pazienti con un Disturbo di Personalità [12] ed il suo valore è stato applicato come parametro predittivo di risposta alla psicoterapia per BPD in *trial* randomizzati controllati [13].

I 24 *items* della *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D) [14] e i 14 *items* della *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A) [15] sono stati utilizzati rispettivamente per stimare i correnti sintomi depressivi e quelli d’ansia. I 21 *items* della *Social Adaptation Self-evaluation Scale* (SASS) [16] sono stati usati per valutare il funzionamento, la motivazione e il comportamento sociale del paziente.

Durante la valutazione clinica sono state raccolte informazioni anche riguardo a molestie o a violenze sessuali o fisiche, e il soggetto è stato considerato interessato da eventi traumatici se riferiva almeno uno di questi eventi. Tutti i soggetti hanno fornito un consenso informato firmato, dopo aver compreso tutte le questioni connesse con la partecipazione allo studio.

### **Analisi statistiche**

Al *baseline*, la differenza nella distribuzione dei fattori causali o prognostici tra i soggetti che presentavano o meno di attacchi di panico è stata valutata usando il Fisher’s exact test, mentre le differenze nei punteggi psicopatologici sono state indagate con il *two-side unpaired t test*.

È stato considerato statisticamente significativo un *p-value* minore di 0.05 (*two-side test*).

## Risultati

Il settanta per cento del campione sono state femmine e il 16.3% (sette soggetti) ha riportato attacchi di panico, mentre 36 pazienti non hanno avuto PA. L'età dei pazienti è variata dai 17 ai 48 anni e quelli con attacchi di panico sono stati di età lievemente superiore rispetto a quelli senza ( $31.9 \pm 9.7$  vs  $27.9 \pm 6.7$  aa;  $t = -1.32$ ,  $p = 0.19$ ). La proporzione di femmine è stata minore nei soggetti con attacchi di panico rispetto a quelli senza, come pure la quota di *single* e sposati (Tabella 1). Inoltre, il gruppo con panico ha mostrato una quota maggiore di soggetti con livello di educazione primario o secondario rispetto al gruppo senza attacchi di panico. È stata trovata una proporzione più alta di soggetti con prole nel gruppo con attacchi di panico. Inoltre, il 33% dei soggetti senza attacchi di panico rispetto al 14% dei soggetti che li presentava sono stati ospedalizzati in servizi di degenza. Il 64% dei soggetti che ha riferito attacchi di panico rispetto al 33% degli altri è stato trattato secondo l'approccio del CIRDiP (Tabella 1). Un esiguo numero di pazienti (2 persone) ha rifiutato qualsiasi tipo di trattamento. La proporzione di eventi traumatici e tentativi di suicidio è stata più elevata nei soggetti con panico che in quelli senza. Viceversa, è stata rilevata una proporzione maggiore di soggetti che facevano uso di sostanze legali o illegali nei soggetti senza panico. Tutte le differenze esaminate tra i due gruppi al *baseline* non sono state statisticamente significative (Tabella 1).

Al *baseline*, nel gruppo con PA è stato trovato un punteggio medio più alto per la scala RAP, indicante una più elevata Funzione Riflessiva, così come per la SASS e la HAM-D, mentre il punteggio medio delle scale Zanarini e HAM-A è risultato minore nel primo gruppo rispetto al secondo (Tabella 2). Tuttavia, anche se a  $t_0$  il gruppo con PA mostrava una maggiore Funzione Riflessiva, sintomi depressivi più accentuati e una sintomatologia *borderline* meno grave, le differenze non sono state statisticamente significative.

## Discussione

Interpretando i nostri risultati, possiamo affermare che le differenze a  $t_0$ , pur non essendo statisticamente significative, possono essere interessanti da un punto di vista clinico. Potremmo ipotizzare la presenza di due modalità leggermente differenti di esprimere una sottostante organizzazione *borderline*. Da un lato i soggetti con attacchi di panico potrebbero esprimere l'instabilità dell'identità e la disregolazione affettiva attraverso la crisi acuta di ansia; l'attacco di panico potrebbe comunque essere interpretato, secondo De Masi, come una conseguenza del fallimento della funzione mentale che dovrebbe contenere l'instabilità emozionale [17]. Dall'altra parte gli scompensi sono rappresentati principalmente dall'impulsività e dalla mancanza di controllo comportamentale, come quantificato dal punteggio più alto alla *Zanarini Rating Scale*; ciò risulta conforme per esempio con la precedente interpretazione di Skodol del *self-cutting* come mezzo per ridurre la tensione affettiva [6] e l'instabilità del Sé.

Inoltre dall'analisi della letteratura possiamo inferire alcune interessanti considerazioni sulla diversa evoluzione clinica dei due gruppi. Reich in studi precedenti sull'*outcome* del Disturbo di Panico ha evidenziato come la sua associazione con il disturbo antisociale, *borderline*, istrionico e narcisistico di personalità rappresenti un forte fattore prognostico negativo [18]. La presenza di panico potrebbe altresì indicare l'esistenza di un'organizzazione nevrotica strutturata, la quale tende a mantenersi stabile nel tempo. Quindi con ciò si suppone che la dimensione dell'ansia sia profondamente radicata e particolarmente costante. D'altro canto, le caratteristiche tipiche della fase acuta del BPD, come i sintomi impulsivi, affettivi e cognitivo-percettivi, ci appaiono più mutevoli e potrebbero presentare un declino significativo: dopo considerazioni su un *follow-up* a lungo termine, Zanarini propose persino il concetto di BPD come una diagnosi a prognosi favorevole [3, 19].

Queste osservazioni preliminari risultano molto utili allo scopo di delineare due gruppi che possano rappresentare possibili *patterns* subsindromici del BPD in base alla presenza di attacchi di panico: da un lato i soggetti con PA sembrano presentare un disturbo meno grave a  $t_0$ , ma manifesterebbero una patologia caratterizzata da una particolare stabilità nel corso del tempo; l'altro gruppo invece sembra evolvere da una condizione *baseline* più grave verso un miglioramento funzionale e comportamentale.

## Tabelle

**Tabella 1. Caratteristiche baseline nei soggetti con e senza PA, con il p-value del Fisher's exact test.**

	Con PA % (N=7)	Senza PA % (N=33)	p-value
<b>Caratteristiche socio-demografiche</b>			
<i>Sesso</i> (Femmine)	57.1	72.7	0.410
<i>Stato coniugale</i>			
Single	83.3	81.8	≥0.90
Sposati	0.0	6.1	
Divorziati	16.7	12.1	
<i>Livello di educazione</i>			
Primaria e secondaria	28.6	18.2	0.636
Superiore	42.9	57.	
<i>Prole</i>	14.3	9.1	0.552
<b>Ospedalizzazioni</b>			
<i>Servizi di degenza</i>	14.3	33.3	0.652
<i>Nell'infanzia*</i>	14.3	12.5	≥0.90
<i>Malattie SPM*</i>	14.3	12.5	≥0.90
<b>Trattamenti</b>			
CIRDiP	33.3	64.3	0.158
Servizi ambulatoriali	33.3	7.1	
Psichiatra esterno	0.0	3.6	
Psicoterapia esterna	16.7	21.4	
<b>Traumi</b>			
<i>Traumi</i>	42.9	18.2	0.316
<b>Dipendenze</b>			
<i>Alcol*</i>	14.3	43.8	0.216
<i>Droghe*</i>	14.3	34.4	0.403
<b>Tentativi di suicidio</b>			
<i>Tentativi suicidiari</i>	57.1	42.2	0.680

\*Avendo un dato mancante, per queste caratteristiche i pazienti senza PA sono stati 32.

**Tabella 2. Differenze *baseline* nelle scale psicopatologiche tra soggetti con e senza PA: sono stati riportati il valore medio e la deviazione standard (DS), con il t-test e il p-value.**

	Numero di soggetti Con PA/Senza PA	Con PA Media (DS)	Senza PA Media (DS)	t-test e p-value
<b>RAP</b>	6/28	2.5 (1.76)	1.54 (1.45)	T=-1.42, p=0.16
<b>Zanarini</b>	7/23	13.86 (6.94)	15.61 (4.91)	T=0.75, p=0.46
<b>SASS</b>	7/30	36 (11)	31.83 (9.82)	T=-0.99, p=0.33
<b>HAM-A</b>	7/25	13.57 (6.16)	16.72 (7.83)	T=0.98, p=0.34
<b>HAM-D</b>	7/32	18.29 (7.20)	14.56 (6.44)	T=-1.36, p=0.18

### **Bibliografia**

1. McGlashan TH. The Chestnut Lodge follow-up study. III. Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry* 1986;43:20-30.
2. Stevenson J, Meares R, Comerford A. Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry* 2003;160:165-166.
3. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry* 2003;160:274-283.
4. Stone MH. Characterologic subtypes of borderline personality disorder. With a note on prognostic factors. *Psychiatric Clinics of North America* 1994;17:773-784.
5. Paris J. The nature of borderline personality disorder: multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders* 2007;21:457-473.
6. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of Personality Disorders* 2005;19:487-504.
7. Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 1999;40:245-252.
8. Williams JB, Gibbon M, First MB, Spitzer RL et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry* 1992;49:630-636.
9. Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA et al. Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders* 2003;17:233-242.
10. Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method (1<sup>st</sup> ed). *Basic Books*, New York 1990.
11. Amadei G, Caverzasi E. Oral communication. 1998.
12. Fonagy P, Leigh T, Steele M et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64:22-31.
13. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM et al. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74:1027-1040.
14. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1960;23:56-62.
15. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology* 1959;32:50-55.
16. Bosc M, Dubini A, Polin, V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology* 1997;7(suppl.1):57-70.
17. De Masi, F. The psychodynamic of panic attacks: a useful integration of psychoanalysis and neuroscience. *The International Journal of Psychoanalysis* 2004;85:311-336.
18. Reich JH. DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder. *The American Journal of Psychiatry* 1988;145:1149-1152.
19. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders* 2005;19:19-29.