

## AREA TEMATICA 8

## Modelli di presa in carico e terapia della comorbidità psichiatrica

## 8.1

**USO DI SOSTANZE, DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ E DOPPIA DIAGNOSI: ENTITÀ CLINICHE DIFFERENTI O ERRORI NOSOGRAFICI? STUDIO RIGUARDANTE TRATTI DI PERSONALITÀ E SINTOMATOLOGIA**

Basti S.<sup>2</sup>, Tiraboschi G.<sup>3</sup>, Urru A.<sup>3</sup>, Sacco G.<sup>3</sup>, Boso M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prof.ssa presso Università di Pavia, facoltà di Psicologia;

<sup>2</sup> U.O.S. SerD Pavia e Oltrepò;

<sup>3</sup>Studenti tirocinanti presso U.O.S. SerD Pavia e Oltrepò

**INTRODUZIONE**

Il DBP è caratterizzato da una pervasiva instabilità delle relazioni interpersonali e dell'immagine del sé, difficoltà nella regolazione delle emozioni, della disforia e degli impulsi. Secondo recenti studi della psicologia evolutiva, questi fattori chiave sono dovuti al fallimento della Funzione Riflessiva (FR), ovvero la capacità di comprendere se stessi e gli altri in termini di stati mentali intenzionali, come ad esempio desideri, attitudini e obiettivi. Secondo gli autori, il deficit di tale funzione è alla base di altre condizioni psichiatriche - come depressione, anoressia, uso di sostanze (DUS) -, anche se solo per il DBP è una parte fondante della terapia.

Il DBP si presenta spesso associato al DUS, costituendo un quadro clinico che aggrava tutti i fattori coinvolti, come condizioni cliniche, riospedalizzazione, violenza, ricadute terapeutiche. Nonostante la frequenza di tale comorbidità (detta Doppia Diagnosi - DD), ad oggi non esiste una teoria sistematica e completa su questa correlazione. DBP e DUS condividono molti fattori eziologici - es. storia familiare di disturbi mentali, abuso fisico o sessuale, traumi - e tratti della personalità - es. disregolazione emotiva e impulsività. A dispetto di ciò, i percorsi di presa in carico sono nettamente separati e causano un senso di incertezza sia negli operatori - privi di strumenti specifici per una presa in carico mirata - sia per i pazienti, che si rivolgono a Servizi

differenti (CPS e SerD) senza poter essere presi in carico, in quanto il quadro clinico non soddisfa totalmente i criteri di cura.

Il presente studio analizza i dati socio-demografici, la FR e la sintomatologia globale di tre gruppi di pazienti (DBP, DD e DUS); sono inoltre analizzati due tratti di personalità (impulsività e labilità emotiva) condivisi tra DD e DUS. L'obiettivo è di verificare l'efficacia della presa in carico differenziata tra i tre gruppi.

**METODI**

Questo studio osservazionale-trasversale ha coinvolto tre gruppi di pazienti, di cui 40 con DD e 30 con DUS, afferenti al SerD di Pavia e Oltrepò e 20 pazienti con DBP, afferenti al C.I.R.Di.P di Pavia. Tutti i gruppi sono costituiti da soggetti di età compresa tra 18 e 45 anni. Sono stati raccolti dati socio-demografici e somministrati i seguenti test: SCID I e II; SCL-90-R per indagare la sintomatologia globale; RFQ per valutare la qualità della FR; PID-5 per valutare i tratti di personalità secondo il modello proposto dal DSM-5, e BIS-11 per valutare l'impulsività.

La distribuzione di frequenza delle variabili qualitative d'interesse, tra gruppi, è stata confrontata attraverso il test 2 oppure il test di Fisher (utilizzato se il valore atteso di qualsiasi cella di una tabella 2x2 era minore di 5). Per le variabili quantitative il confronto tra gruppi è stato effettuato con i test non parametrici U di Mann-Whitney oppure di Kruskal-Wallis.

**RISULTATI**

- **Dati sociodemografici:** nei gruppi la presenza di tentativi di suicidio e gesti autolesionistici è piuttosto rilevante, ma significativamente diversa in entrambi i casi ( $p < 0,05$ ): tentativi di suicidio DBP 40%, DD 40% e DUS 10%; gesti autolesionistici DBP 60%, DD 65% e DUS 6,7%. Non si rileva invece una differenza significativa nella presenza di traumi nel corso della vita, anche se le percentuali sono inferiori per il gruppo DUS: DBP 66,67%, DD 62,5% e DUS 43,33%.
- **Sintomatologia globale:** i gruppi DBP e DD manifestano una sofferenza significativamente maggiore rispetto al gruppo DUS in tutti i domini SCL-90-R. Nel confronto tra i due gruppi con DBP emergono differenze significative riguardo agli item "Ipersensibilità interpersonale", "Ansia" e "Sintomatologia totale positiva", maggiormente presenti nel gruppo DBP.
- **Funzione riflessiva:** la FR risulta maggiormente compromessa nei gruppi con DBP (DPB e DD) rispetto al gruppo DUS, soprattutto per quanto riguarda le scale "Incertezza" e "Mentalizzazione calibrata". La scala

“Certezza”, invece, non dimostra variazioni statisticamente significative benché si registrino valori più elevati nel gruppo DUS.

- *Impulsività\**: sia la PID-5 che la BIS-11, i gruppi mostrano una grande compromissione nel controllo dell'impulsività in tutti i gruppi rispetto alla popolazione generale. Solo la scala relativa a “Attenzione-Disattenzione-Instabilità Cognitiva” risulta significativamente diversa.
- *Disregolazione emotiva\**: il dominio “Affettività Negativa” nel PID-5 è composto da “Ansia”, “Depressione”, “Labilità Emotiva”, “Ostilità” e “Angoscia di Separazione”. Tale dominio mostra risultati statisticamente diversi nel confronto delle mediane
- 1,70 DD vs 1,39 DUS. Per quanto riguarda i tratti di personalità, solo il tratto “Angoscia di Separazione” non è significativamente diverso nel confronto tra mediane.

\*risultati riguardanti solo i gruppi DD e DUS

## CONCLUSIONI

In prima istanza, i risultati di questo studio suggeriscono che le manifestazioni fenotipiche condivise da DBP/DD e DUS sono dovute a una FR compromessa e il grado di tale compromissione definisce la gravità delle manifestazioni *borderline*. Inoltre, come rilevato da Fonagy e colleghi, questo studio potrebbe confermare che la scala dell'incertezza è fortemente correlata alle caratteristiche del DBP e che l'ipomentalizzazione – ossia il basso grado di certezza e l'alto grado di incertezza relativo gli stati mentali propri e altrui – causi un quadro sintomatologico di maggiore gravità. In effetti, un certo grado di certezza relativa all'origine di stati mentali e comportamenti può svolgere un ruolo adattivo, promuovendo strategie di coping più inclini alla mentalizzazione e basate sulla dimensione cognitiva del vissuto, anziché su quella emotiva. Non sorprende, pertanto, che autolesionismo e tentativi di suicidio siano significativamente più rilevanti nei gruppi con DBP, disturbo caratterizzato da un maggior grado di ipomentalizzazione.

L'impulsività sembra essere un tratto condiviso dalle due popolazioni DD e DUS. Anche se i soggetti del gruppo DD risultano quantitativamente più impulsivi – in particolare in relazione a compiti cognitivi –, i gruppi appaiono omogenei rispetto a tale tratto. Al contrario, la disregolazione emotiva è discriminatoria nel distinguere una popolazione DD da una affetta da DUS. Questa evidenza potrebbe essere una conseguenza della diversa compromissione della FR nei due gruppi. Non a caso, gli atti autolesionistici sono significativamente diversi nei due gruppi, e una possibile spiegazione potrebbe essere correlata alla funzione di tali gesti, utilizzati come meccanismo di regolazione emotiva.

Infine, nel presente studio i quadri clinici DD e DBP

appaiono come manifestazioni di una singola entità – che può essere descritta come DBP – e si collocano lungo un continuum che varia in base alla gravità sintomatologica; tale continuum sembra fondarsi sulla disregolazione emotiva. Inoltre, le differenze sono riscontrabili solo da un punto di vista nosografico e diagnostico, e non riguardano la manifestazione di tratti *borderline*: l'uso di sostanze non differenzia significativamente, ad esempio, sintomi somatici, tentativi di suicidio, gesti di autolesionismo o FR compromessa.

## FUTURE DIREZIONI

La compromissione della mentalizzazione si struttura in conseguenza di storie di attaccamento insicuro e traumi relazionali precoci. Il dato sulla differenza non significativa di traumi nella vita andrebbe esplorato con strumenti più sensibili, per approfondire se al di là della mentalizzazione i pazienti presentano e eventualmente differiscono nell'uso di meccanismi difensivi spesso associati alla scarsa mentalizzazione, come la dissociazione. In tale direzione si segnalano i risultati riguardanti il dominio “Psicoticismo” alla PID-5, dove il gruppo DD rispetto al DUS presenta mediane significativamente maggiori, a suggerire come i pazienti con DBP utilizzino maggiormente meccanismi difensivi primitivi e dissociazione come strategie di coping.

Probabilmente l'approfondimento di questa variabile permetterebbe di differenziare meglio i percorsi psicopatologici e suggerirebbe anche altri interventi più specifici ed efficaci.

La compromissione della mentalizzazione in tutti i gruppi suggerisce che interventi volti a migliorare questa condizione, come ad es. quelli centrati sulla *mindfulness* potrebbero essere adottati in maniera diffusa, mentre approcci più mirati, quali la MBT e la DBT, andrebbero indirizzati al gruppo di pazienti che mostrano una maggiore disregolazione emotiva.