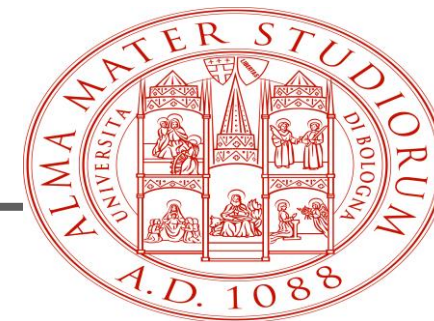
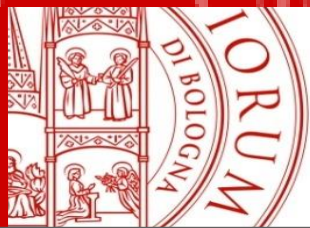




**Disturbo borderline di personalità vs. disturbi dello spettro schizofrenico:
confronto tra caratteristiche cliniche e socio-demografiche
in un campione di giovani all'esordio psicotico**

Lorenzo Pelizza

Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

lorenzo.pelizza@unibo.it

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DISCLOSURE INFORMATION

LORENZO PELIZZA

Dichiaro che negli ultimi due anni non ho avuto rapporti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

Disclosure

Perchè Borderline e psicosi?

STATI BORDERLINE

«...Storicamente, il termine “borderline” è stato utilizzato per descrivere pazienti che manifestavano sia sintomi nevrotici che sintomi psicotici, e che erano spesso resistenti all’approccio psicoanalitico» (De Panfilis et al., 2011).

**Sindromi
marginali**
(Knight, 1953)

**Schizofrenia
ambulatoriale**
(Zilboorg, 1941)

**Schizofrenia
psuedonevrotica**
(Hoch & Polatin, 1949)

«...concettualmente molto vicino alla schizofrenia, ma con caratteristiche cliniche anche di tipo nevrotico («**panansietà**”) che identificano uno stato temporaneo dell’Io da cui il paziente può entrare ed uscire, risultandone affetto solo per un dato periodo di tempo» (Knight, 1953).

«...con i disturbi schizofrenici condivide le **caratteristiche psicotiche**» (Zilboorg, 1941).

Kernberg (1967)

«...Il termine “Borderline” cessa definitivamente di identificare forme lievi di schizofrenia, per descrivere uno dei possibili livelli di **organizzazione della personalità** (psicotica, nevrotica e borderline)» (Hörz-Sagstetter et al., 2021).

«...Diversamente da quanto precedentemente teorizzato, Kernberg utilizzò il termine “borderline” per qualificare un disturbo non cangiante nel tempo, ma per lo più stabile, prossimo a come lo conosciamo ora» (Sarteschi & Maggini, 1982).

Organizzazione nevrotica

Identità integrata

Esame di realtà integro

Meccanismi di difesa maturi
(spostamento, intellettualizzazione, razionalizzazione): soluzioni di compromesso con la realtà

Organizzazione borderline

Diffusione dell’identità instabile (mantiene la differenziazione tra sè e altri)

Esame di realtà intatto (tranne che sotto intenso stress)

Meccanismi di difesa sia maturi che primitivi
(specie quando si ha paura di perdere relazioni positive e per lenire i sensi di colpa)

Organizzazione psicotica

Diffusione dell’identità

Esame di realtà molto fragile o perduta

Meccanismi di difesa primitivi (es. scissione, identificazione proiettiva)

DSM-5 (2013) vs. realtà clinica

«...la presenza di caratteristiche psicotiche è descritta all'interno dei criteri diagnostici del "Disturbo Borderline di Personalità" (BPD), sebbene sottoforma di ideazione paranoide o gravi sintomi dissociativi transitori e correlati allo stress» (Martino et al., 2020).

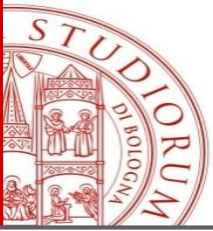
«...I sintomi psicotici nel BPD sono relativamente comuni (15-50%), spesso angosciosi e difficili da trattare» (Schultz & Hong, 2017). «...La loro presentazione clinica è più eterogenea di quanto suggerito negli attuali sistemi di classificazione, e non si limita ai sintomi dissociativi e all'ideazione paranoide transitori e stress-dipendenti» (Frias, 2018).

Allucinazioni verbali (25-50%)

«...sintomi psicotici più frequenti, simili a quelle schizofreniche in termini di durata, frequenza e localizzazione» (Niemantsverdriet et al., 2017).

Deliri (15-30%)

«...per lo più a contenuto persecutorio e difficili da differenziare da quelli esperiti nella schizofrenia (spesso disconnessi da una realtà condivisa e non stress-correlati)» (Adam & Sanders, 2011).



Significato clinico dei sintomi psicotici nel BPD

«...i sintomi psicotici nel BPD sono attualmente considerati come rilevanti indicatori psicopatologici di severità clinica del disturbo e di **prognosi sfavorevole**» (Slotema et al., 2018).

Numero più elevato di criteri diagnostici soddisfatti
Livello più elevato di psicopatologia
Maggiore prevalenza di comorbidità psichiatrica (uso di sostanze, disturbo dell'umore, PTSD)
Tassi più elevati di ospedalizzazione e comportamenti suicidari
Riammissione ospedaliera più rapida ("revolving door")

«...E', pertanto, cruciale identificare e trattare la sintomatologia psicotica del BPD il più precocemente possibile, specie all'inizio della sua traiettoria psicopatologica, in modo da prevenire lo sviluppo di disturbi mentali severi nel futuro» (Scazza, 2018).

Scopo della ricerca

Siccome l'adolescenza e la **prima età giovanile adulta** sono due periodi della vita e dello sviluppo altamente sensibili in cui sia la psicopatologia borderline che i sintomi psicotici solitamente emergono per la prima volta (Sharp & Wall, 2018), è utile focalizzare l'interesse clinico e della ricerca nell'esaminare i rapporti che intercorrono tra BPD e primo episodio di psicosi ("*First Episode Psychosis*") (FEP).

**Scarse
evidenze**

«...questo rimane un argomento di ricerca che richiede urgentemente una maggiore attenzione, soprattutto perchè i sintomi psicotici nel BPD potrebbero richiedere raccomandazioni di **trattamento specifiche ed appropriate**, al di là di quanto indicato nelle linee-guida internazionali sull'intervento nei pazienti affetti da FEP” (Catalan et al., 2016).

Design della ricerca

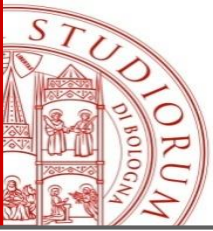
Popolazione FEP del
Pr-EP program
2013-2021
(Leuci et al., 2020)

DBP

SSD

(Schizophrenia Spectrum Disorders)

- (1) Confrontare i due gruppi al baseline in termini di caratteristiche sociodemografiche, cliniche (PANSS, GAF, HoNOS) e di trattamento;
- (2) Confrontare i due gruppi in termini di decorso longitudinale di variabili cliniche e di esito (nuove ospedalizzazioni, service disengagement/drop-out, tentativi di suicidio, agiti self-harm) durante un follow-up della durata di 2 anni.



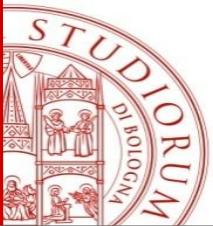
Criteri di inclusione/esclusione

Criteri di Inclusione

- (1) Richiesta di aiuto (“help-seeking”) specialistica
- (2) Età di 12-35 anni
- (3) Pazienti con FEP trattati nel programma Pr-EP program
- (4) Presenza di BPD o SSD (schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e disturbo schizotipico di personalità) come **diagnosi finale**, in accordo ai criteri diagnostici del DSM-5 (APA, 2013)
- (5) DUP < 2 anni

Criteri di Esclusione

- (1) Passato episodio di psicosi conclamata (sia affettiva che non affettiva)
- (2) Passata esposizione ad antipsicotici o assunzione attuale di antipsicotici < 2 mesi
- (3) Disturbi neurologici o altra condizione medica con sintomi psichiatrici
- (4) Nota disabilità intellettiva (QI < 70).



Variable	BPD (n = 49)	SSD (n = 307)	X ² /z	p
Gender (male)	33 (66.7%)	205 (66.8%)	0.006	0.937
Age at entry (in years)	24.39 ± 6.43	25.43 ± 6.18	-1.149	0.251
Education (in years)	11.96 ± 2.98	11.27 ± 2.75	-1.390	0.164
Ethnic group (white Caucasian)	42 (85.7%)	256 (83.4%)	0.168	0.682
Migrant status	11 (22.4%)	75 (24.4%)	0.091	0.764
Civil status				
Single	45 (91.8%)	282 (91.9%)	0.001	0.996
Married/partnership	3 (6.1%)	19 (6.2%)	0.001	0.986
Separated/divorced	1 (2.0%)	6 (2.0%)	0.002	0.999
Living status				
Alone	5 (10.2%)	22 (7.2%)	0.556	0.396
Living with partners	8 (16.3%)	53 (17.3%)	0.026	0.872
Living with parents	35 (71.4%)	219 (71.3%)	0.001	0.989
Living in residential facility	1 (2.0%)	11 (3.6%)	0.309	0.999
Homeless	0 (0.0%)	2 (0.7%)	0.001	0.998
Occupation				
Unemployed	21 (42.9%)	171 (55.7%)	2.805	0.098
<u>Employed</u>	17 (37.4%)	60 (19.5%)	5.721	<u>0.017</u>
Student	11 (22.4%)	76 (24.8%)	0.122	0.727
<u>DUP</u> (in months)	6.15 ± 6.44	10.48 ± 10.69	-2.608	<u>0.009</u>
Source of referral				
Primary care	14 (28.6%)	102 (33.2%)	0.417	0.519
<u>Other mental health services</u>	13 (26.5%)	43 (14.0%)	5.000	<u>0.025</u>
Emergency room	10 (20.4%)	90 (29.3%)	1.660	0.198
Family members	6 (12.2%)	36 (11.7%)	0.011	0.917
Self-referral	5 (10.2%)	25 (8.1%)	0.233	0.584
School/social services	1 (2.0%)	11 (14.0%)	0.309	0.999
Past hospitalization	14 (28.6%)	137 (44.6%)	4.459	<u>0.035</u>
Past specialist contact	21 (42.9%)	133 (43.3%)	0.004	0.951
Age at first past specialist contact	17.80 ± 6.69	20.89 ± 7.09	-1.897	0.058
<u>Substance misuse (at entry)</u>	28 (57.1%)	107 (34.9%)	8.918	<u>0.003</u>
<u>Past suicide attempt</u>	8 (16.3%)	23 (7.5%)	4.149	<u>0.042</u>
Past self-harm	20 (40.8%)	110 (35.8%)	0.453	0.501

Risultati: baseline

DBP

(n = 49) (**9.6%**)

**Tasso più elevato
di occupati**

DUP più breve

**Tasso più elevato di
invio da altri servizi**

**Tasso più elevato
di uso di sostanze**

**Tasso più elevato di
pregresse ospedalizzazioni e
pregressi tentativi di suicidio**

Risultati: baseline

Variable	BPD (n = 49)	SSD (n = 307)	X ² /z	p
Baseline PANSS "Positive" factor	18.00 ± 4.66	16.57 ± 6.15	-1.466	0.143
<u>Baseline PANSS "Negative" factor</u>	21.19 ± 7.98	26.03 ± 9.10	-2.708	<u>0.007</u>
Baseline PANSS "Disorganization" factor	19.12 ± 8.32	21.08 ± 7.85	-1.481	0.139
Baseline PANSS "Affect" factor	17.96 ± 5.05	16.03 ± 5.58	-1.596	0.111
Baseline PANSS "Resistance" factor	8.27 ± 3.48	9.42 ± 4.66	-0.913	0.361
Baseline PANSS total score	87.96 ± 19.61	92.39 ± 24.14	-1.288	0.198
Baseline GAF score	44.72 ± 12.33	44.29 ± 9.72	-0.107	0.915
Baseline HoNOS "Behavioral problems" domain	4.10 ± 2.50	3.61 ± 2.41	-1.411	0.158
Baseline HoNOS "Impairment" domain	2.82 ± 11.90	3.20 ± 2.04	-1.171	0.241
Baseline HoNOS "Psychiatric symptoms" domain	10.02 ± 3.73	9.98 ± 3.46	-0.099	0.921
Baseline HoNOS "Social problems" domain	7.10 ± 3.62	7.95 ± 3.87	-1.435	0.151
Baseline HoNOS total score	24.04 ± 7.99	24.74 ± 8.67	-0.624	0.532
<u>Baseline Antipsychotic prescription</u>	38 (77.6%)	271 (88.3%)	4.240	<u>0.039</u>
Baseline Antidepressant prescription	6 (12.2%)	37 (12.1%)	0.001	0.969
Baseline Mood Stabilizer prescription	4 (8.2%)	20 (6.5%)	0.183	0.669
Baseline Benzodiazepine prescription	17 (34.7%)	101 (32.9%)	0.061	0.804
<u>Baseline equivalent dose of Risperidone</u> (mg/day)	2.35 ± 2.56	3.16 ± 2.77	-2.728	<u>0.006</u>
Baseline Individual Psychotherapy acceptance	41 (83.7%)	249 (81.1%)	0.184	0.668
Baseline Family Psychoeducation acceptance	33 (67.3%)	206 (67.1%)	0.001	0.973
Baseline Case Management acceptance	38 (77.6%)	254 (82.7%)	0.770	0.380

DBP

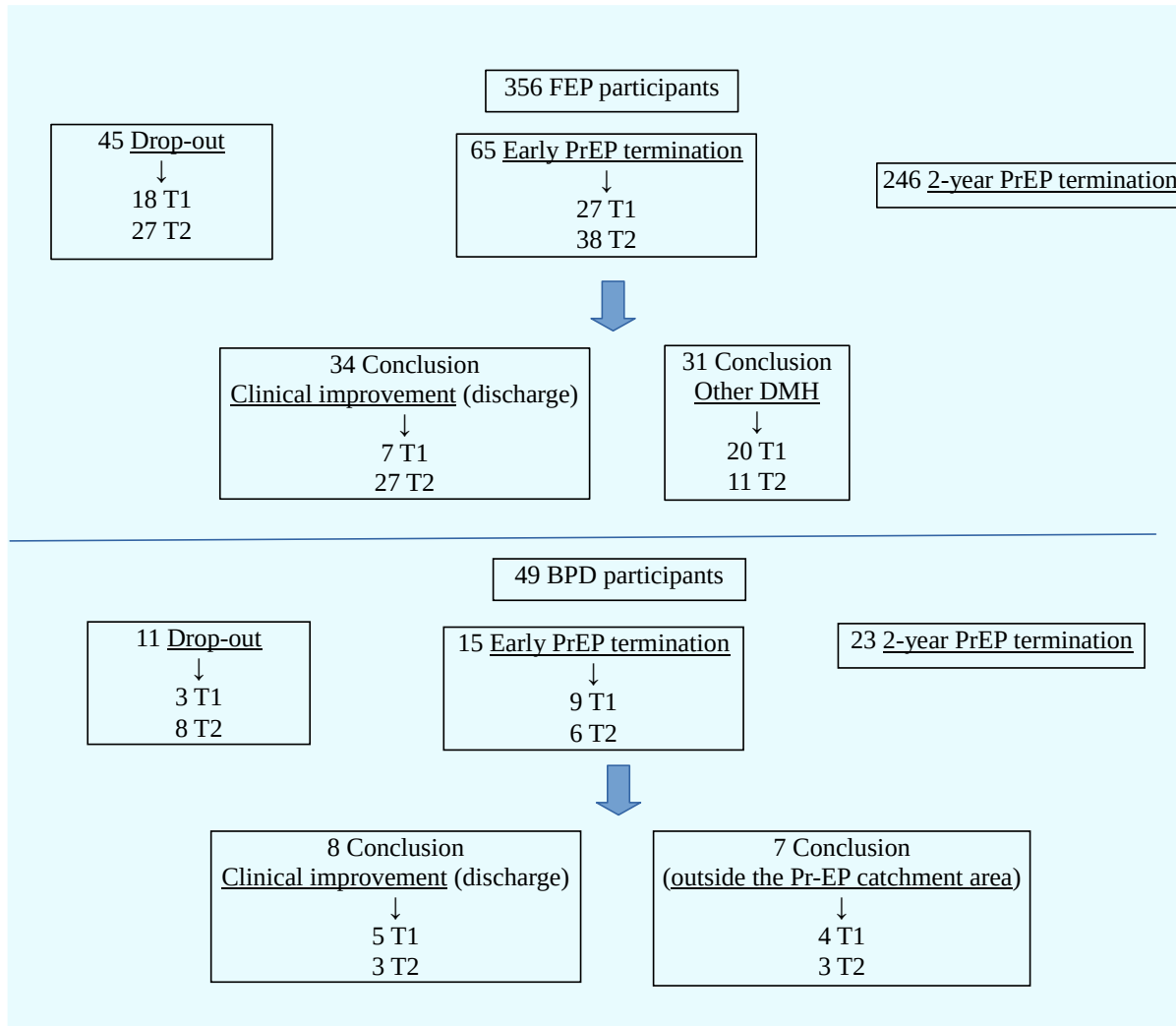
(n = 49)

**Livelli meno elevati di
sintomatologia negativa**

**Medesimi livelli di sintomatologia
positiva e depressiva**

**Tasso meno elevato di
prescrizione di antipsicotici**

Risultati: follow-up



DBP
(n = 49)

Time intervals (in months)	BPD (n = 49)				SSD (n = 307)			
	Cumulative Proportion Surviving at the Time		Cumulativ e events	Censor ed	Cumulative Proportion Surviving at the Time		Cumulativ e events	Censore d
	Estimate	SE	(n)	(n)	Estimate	SE	(n)	(n)
0-6	0.980	0.020	1	9	0.967	0.010	10	24
6-12	0.929	0.040	3	17	0.950	0.013	15	55
12-18	0.725	0.075	10	25	0.885	0.019	32	81
18-24	0.695	0.078	11	49	0.877	0.020	34	307

FEP subgroup	Mean (in months)			
	Estimate	SE	95% CI	
			Lower bound	Upper bound
BPD	20.946	0.880	19.221	22.671
SSD	23.657	0.262	22.006	23.034
Overall	22.341	0.252	21.847	22.834

	X ²	df	p
Log Rank (Mantel-Cox)	7.566	1	0.006

Tassi più di drop-out
(service disengagement)

Non differenze nei tassi di suove
ospedalizzazioni, nuovi tentati suicidi
e nuovi agiti self-harm

Risultati: follow-up

DBP
(n = 49)

Variable	Time effect				Group effect (BPD vs. SSD)				Interaction effect (time x group)			
	df	F	p	η^2	df	F	p	η^2	df	F	p	η^2
PANSS Positive factor	1.6	23.013	<u>0.0001</u>	0.143	1	0.199	0.656	0.001	1.6	1.985	0.148	0.014
PANSS Negative factor	1.9	19.166	<u>0.0001</u>	0.122	1	1.561	0.214	0.011	1.9	0.539	0.577	0.004
PANSS Disorganization factor	1.5	34.125	<u>0.0001</u>	0.199	1	0.015	0.904	0.001	1.5	0.413	0.606	0.003
PANSS Affect factor	1.5	30.618	<u>0.0001</u>	0.182	1	0.742	0.391	0.005	1.5	0.340	0.661	0.002
PANSS Resistance factor	2	6.424	<u>0.003</u>	0.044	1	0.030	0.862	0.001	2	4.378	<u>0.013</u>	0.031
PANSS Total score	1.7	40.165	<u>0.0001</u>	0.227	1	0.061	0.689	0.001	1.7	1.066	0.338	0.008
HoNOS "Behavioral problems" domain	1.6	55.021	<u>0.0001</u>	0.182	1	1.988	0.160	0.008	1.6	0.066	0.902	0.001
HoNOS "Impairment" domain	1.5	45.806	<u>0.0001</u>	0.156	1	0.454	0.501	0.002	1.5	1.696	0.191	0.007
HoNOS "Psychiatric symptoms" domain	1.7	89.143	<u>0.0001</u>	0.264	1	2.200	<u>0.059</u>	0.017	1.7	1.249	0.285	0.005
HoNOS "Social problems" domain	1.6	49.755	<u>0.0001</u>	0.167	1	0.479	0.489	0.002	1.6	0.148	0.820	0.001
HoNOS Total score	1.5	112.883	<u>0.0001</u>	0.314	1	0.834	0.362	0.003	1.5	0.684	0.472	0.003
GAF	1.8	62.055	<u>0.0001</u>	0.293	1	0.033	0.856	0.001	1.8	0.159	0.834	0.001

Time effect (within-subject)
su tutte le variabili cliniche e di esito

Group effect (between-subject)
PANSS Resistance/Excitement factor

Inteaction effect (time x group) *HoNOS*
Psychiatric symptoms domain

Risultati: follow-up

DBP
(n = 49)

T0-T1

Minore effetto su sintomi negativi ed affettivi
Nessun effetto su Resistance/Excitement

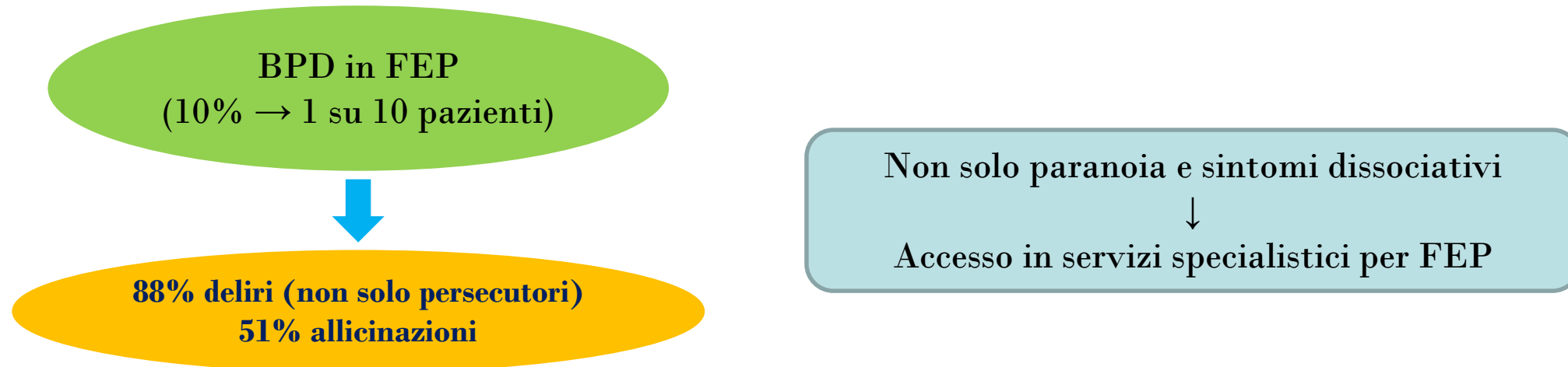
T1-T2

Effetto esclusivo e minore
su HoNOS Behavioral Problems

Variables in BDP patients	T0 vs. T1					T1 vs. T2				
	MD	SE	p	95% CI	d	MD	SE	p	95% CI	d
PANSS Positive factor	7.44	1.48	0.0001	4.32, 10.57	0.99	-1.18	0.87	0.335	-3.78, 1.42	-
PANSS Negative factor	6.27	1.77	0.002	2.54, 10.01	0.11	-0.09	0.61	0.973	-5.87, 5.69	-
PANSS Disorganization factor	5.89	1.34	0.0001	3.05, 8.73	0.99	1.18	0.49	0.403	-1.83, 4.20	-
PANSS Affect factor	5.17	1.34	0.001	2.34, 7.99	0.91	0.09	0.93	0.952	-3.22, 3.40	-
PANSS Resistance factor	1.22	0.69	0.096	0.024, 2.68	-	-0.64	0.44	0.554	-2.93, 1.68	-
PANSS Total score	27.00	5.36	0.0001	15.70, 38.30	0.99	-1.09	0.09	0.884	-17.28, 15.09	-
HoNOS "Behavioral problems"	2.15	0.43	0.0001	1.27, 3.30	0.79	0.64	0.44	0.036	0.05, 1.23	0.44
HoNOS "Impairment"	1.61	0.28	0.0001	1.06, 2.17	0.93	-0.08	0.15	0.731	-0.55, 0.39	-
HoNOS "Psychiatric symptoms"	4.72	0.62	0.0001	3.45, 5.98	0.99	0.80	0.11	0.211	-0.48, 2.08	-
HoNOS "Social problems"	2.82	0.53	0.0001	1.76, 3.88	0.86	0.64	0.89	0.103	-0.14, 1.42	-
HoNOS Total score	11.31	1.45	0.0001	8.36, 14.25	0.991	2.00	0.68	0.091	-0.34, 4.34	-
GAF	-15.70	3.93	0.001	-23.92, -7.47	0.89	-4.61	0.65	0.246	-12.87, 3.63	-

Variables in SSD patients	T0 vs. T1					T1 vs. T2				
	MD	SE	p	95% CI	d	MD	SE	p	95% CI	d
PANSS Positive factor	4.09	0.43	0.0001	3.12, 5.07	0.64	1.56	0.35	0.0001	0.87, 2.25	0.39
PANSS Negative factor	5.57	0.02	0.0001	4.19, 6.95	0.62	2.74	0.69	0.0001	1.37, 4.10	0.35
PANSS Disorganization factor	4.84	0.74	0.0001	3.96, 4.93	0.84	1.41	0.36	0.0001	0.69, 2.14	0.34
PANSS Affect factor	4.22	0.66	0.0001	3.51, 4.93	0.91	1.19	0.27	0.0001	0.66, 1.73	0.39
PANSS Resistance factor	2.02	0.70	0.0001	1.46, 2.58	0.55	1.09	0.21	0.0001	0.68, 1.51	0.46
PANSS Total score	21.70	1.37	0.0001	18.12, 25.28	0.93	8.63	1.46	0.0001	5.74, 11.52	0.52
HoNOS "Behavioral problems"	1.55	0.12	0.0001	1.31, 1.80	0.77	0.77	0.12	0.0001	0.54, 1.00	0.44
HoNOS "Impairment"	1.02	0.61	0.0001	0.83, 1.21	0.63	0.49	0.08	0.0001	0.33, 0.64	0.41
HoNOS "Psychiatric symptoms"	3.03	0.67	0.0001	2.60, 3.46	0.76	1.66	0.17	0.0001	1.33, 1.99	0.66
HoNOS "Social problems"	2.43	0.19	0.0001	2.06, 2.81	0.76	0.77	0.16	0.0001	0.46, 1.08	0.32
HoNOS Total score	8.00	0.73	0.0001	7.09, 8.91	0.99	3.69	0.36	0.0001	2.98, 4.40	0.68
GAF	-12.16	1.20	0.0001	-13.95, -10.36	0.99	-4.61	0.73	0.0001	-6.05, -3.17	0.54

Conclusioni



«...La favola della tradizione che ci racconta che le manifestazioni psicotiche nel BPD sono in qualche modo transitorie perché stress-correlate è un "mito irrispettoso" delle reali esperienze soggettive dei pazienti con BPD» (Martino et al., 2015).

«...E' una "falsa dicotomia" considerare questi individui come affetti da BPD o da psicosi perché possono averli entrambi» (Martino et al., 2018). Tuttavia, resta da chiarire la questione se considerare i sintomi psicotici nel BPD come semplici **indicatori di severità clinica e prognostica** o come caratteristiche "core" di uno specifico sottogruppo di BPD da collocare all'interno dello **spettro psicotico** (Pelizza et al., 2023).

Conclusioni

Tasso più elevato di uso di sostanze

Tasso più elevato di pregresse ospedalizzazioni e pregressi tentativi di suicidio

Tasso più elevato di invio da altri servizi

DUP più breve

Livelli meno elevati di sintomatologia negativa

Precedenti conatti?

caratteristiche distintive per BPD al baseline?

SINTOMI NEGATIVI

caratteristiche distintive per SSD al baseline?

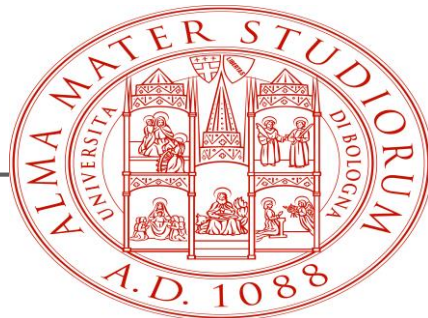
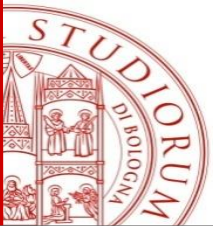
Rischio più elevato di drop-out

Minore effetto dei trattamenti Pr-EP (specie a T2)

SDD: vero target?

È cruciale implementare **strategie per contrastare il "service disengagement"**.

Gli interventi specialistici tradizionali risultano meno efficaci nel BPD (integrazione con **trattamenti più specifici per il BPD**)



Grazie per l'attenzione

Lorenzo Pelizza

Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

lorenzo.pelizza@unibo.it