

RICERCA ORIGINALE

# Un campione di pazienti Borderline: la relazione tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità

Daniela Cantone<sup>1</sup>, Filomena De Falco<sup>2</sup>, Tilde Annunziato<sup>2</sup>, Alfonso Davide Di Sarno<sup>2</sup>, Carmen Giannetti<sup>2</sup>, Daniela Iennaco<sup>2</sup>, Martina Messina<sup>2</sup>, Vincenzo Perrella<sup>2</sup>, Barbara Vitulano<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Università degli Studi della Campania - Luigi Vanvitelli

<sup>2</sup> Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata (SiPGI)



**Citation**

Cantone D., De Falco F., Annunziato T., Di Sarno A. D., Giannetti C., Iennaco D., Messina M., Perrella V., Vitulano B. (2020). Un campione di pazienti Borderline: la relazione tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità. Phenomena Journal, 2, 26-39. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.69>

**Direttore scientifico**

Raffaele Sperandeo

**Supervisore scientifico**

Valeria Cioffi

**Journal manager**

Enrico Moretto

**Contatta l'autore**

Daniela Cantone  
daniela.cantone@unicampania.it

**Ricevuto:** 21 ottobre 2019

**Accettato:** 04 maggio 2020

**Pubblicato:** 06 maggio 2020

**ABSTRACT**

**Aims.** This study aims to investigate the relationship between dissociative phenomena and the Borderline Personality Disorder, in order to identify which one of dissociative symptoms factor has a stronger tie with Borderline Personality Disorder. Moreover, this study aims to find out if the presence of dissociative symptoms is linked to the number of Borderline Personality Disorder traits (symptoms), or the Borderline Personality Disorder diagnosis itself. **Methods.** A representative sample (n = 1033) was selected from patients visiting a private mental health clinical center in Naples. Inclusion criteria provided both Borderline Personality Disorder and non-Borderline Personality Disorder patients. The Dissociative Experiences Scale and the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Axis II Disorders were used in order to collect data. Statistical Analysis involved the Student's T-test, logistic regression and one-way Analysis of Variance. Continuous variables were standardized before the regression test. In addition, collected data were analyzed by the software Statistical Package of Social Science. **Results.** The mean of DES-Total scores in Borderline Personality Disorder patients ( $\mu = 17,38$ ) was significantly higher ( $t = -3,11$ ) than in non-Borderline Personality Disorder patients ( $\mu = 10,72$ ). Logistic regression showed a strong link between dissociative phenomena and Borderline Personality Disorder respect to DES Factor III (depersonalization/derealization). Furthermore, it shows how increasing one standard point in DES Factor III increases by 50% the chance to detect a Borderline Personality Disorder. Lastly, the Analysis of Variance highlighted that more the number of Borderline Personality Disorder traits increase, the higher average are shown on DES-Total scores. **Discussion and conclusions.** The study has shown that Dissociative phenomena are more frequent in Borderline Personality Disorder patients rather than non-Borderline Personality Disorder patients. Moreover, it shows that the link between dissociative phenomena and Borderline Personality Disorder is stronger in relation to symptom factor depersonalization/derealization. Finally, results show that DES-Total mean scores increase as Borderline Personality Disorder traits number increases, with higher scores when four specific traits are detected. This evidence confirms that the relationship between dissociative phenomena and Borderline Personality Disorder depends on the number of Borderline Personality Disorder traits detected, but not necessarily on the Borderline Personality Disorder diagnosis.

**KEYWORDS**

**Dissociation, Borderline Personality Disorder, BPD.**

**ABSTRACT IN ITALIANO**

**Obiettivi.** Scopi di tale studio sono: indagare il rapporto tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità, indagare rispetto a quale fattore sintomatologico dissociativo sia più forte il legame con il Disturbo Borderline di Personalità e, infine, indagare se la presenza di fenomeni dissociativi sia legata al numero di tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità o alla diagnosi dello stesso. **Metodi.** Al campione (n = 1033), estratto dalla popolazione di pazienti di un ambulatorio di salute mentale privato della provincia di Napoli, sono stati somministrati gli strumenti Scala di Valutazione delle Esperienze Dissociative e Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi di Personalità dell'Asse II del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali IV edizione. Le valutazioni inferenziali sono state effettuate applicando il test T di Student, la Regressione Logistica e l'Analisi della Varianza ad una via. Le variabili continue sono state standardizzate prima di effettuare il test di regressione. I dati raccolti sono stati trattati statisticamente attraverso l'ausilio del Pacchetto Statistico per le Scienze Sociali. **Risultati.** Il punteggio medio alla DES Totale è significativamente più alto ( $t = -3,11$ ) nei soggetti con Disturbo Borderline di Personalità ( $\mu = 17,38$ ) rispetto a quello dei soggetti senza Disturbo Borderline di Personalità ( $\mu = 10,72$ ). Dalla Regressione Logistica emerge che il legame tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità è forte in relazione al Fattore III della DES (depersonalizzazione/derealizzazione) e che all'aumentare di un punto standard del Fattore III della DES aumenta del 50% la probabilità di riscontrare un Disturbo Borderline di Personalità. L'Analisi della Varianza evidenzia che all'aumentare del numero di tratti di Disturbo Borderline di Personalità si manifestano punteggi medi più alti alla DES Totale. **Discussione e conclusioni.** Si evidenzia che i fenomeni dissociativi sono più frequenti nei pazienti con Disturbo Borderline di Personalità rispetto ai pazienti senza Disturbo Borderline di Personalità. Si evidenzia, inoltre, che il legame tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità è più forte per quanto riguarda il Fattore sintomatologico di depersonalizzazione/derealizzazione. Si rileva, infine, che i punteggi medi alla DES Totale aumentano all'aumentare del numero di tratti di Disturbo Borderline di Personalità ma che, in particolare, tali punteggi sono più alti alla presenza di 4 tratti. Questa evidenza ci consente di concludere che il legame tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità si collega al numero di tratti di Disturbo Borderline di Personalità e non necessariamente alla diagnosi dello stesso.

**PAROLE CHIAVE**

**Dissociazione, Disturbo Borderline di Personalità, DBP.**



## 1. Introduzione

Il modello dimensionale colloca i fenomeni dissociativi lungo un continuum normalità-patologia: le manifestazioni dissociative sono presenti nella popolazione normale (non clinica) e assumono carattere psicopatologico quando, nel soggetto, superano un determinato livello-soglia riguardo alla durata, all'intensità o alla frequenza; ed è proprio l'entità della dissociazione a determinare la compromissione della vita quotidiana del soggetto a livello sociale e/o lavorativo. Il modello dimensionale si fonda, quindi, sull'evidenza dell'ampia diffusione delle esperienze dissociative nelle popolazioni non cliniche. In questi soggetti si possono riscontrare frequenti fenomeni dissociativi non patologici che possono essere conseguenti per es. a situazioni di stress intenso (come l'assorbimento immaginativo, episodi di fascinazione, forme lievi di depersonalizzazione/derealizzazione) fino all'intensificarsi nelle forme dissociative più gravi (depersonalizzazione, derealizzazione, amnesia dissociativa) fino ad arrivare ai disturbi dissociativi più gravi, come il Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID) [1].

Secondo l'attuale sistema di classificazione DSM 5 [2], "i disturbi dissociativi sono caratterizzati dalla sconnessione e/o dalla discontinuità della normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento" [2, p.337]; i sintomi dissociativi, quindi, possono colpire ogni area, dal livello senso-motorio a quello delle funzioni e dei sistemi psichici.

I dati relativi alla diffusione della dissociazione patologica risultano discordanti e indicano, nella popolazione generale, una frequenza che varia dallo 0,3% al 10% con percentuali più basse (0,3%) nelle popolazioni europee rispetto alle popolazioni statunitensi [3]. Il fattore età incide sulla manifestazione dei fenomeni dissociativi: in soggetti più giovani, i sintomi dissociativi si manifestano in forme più gravi e con maggiore frequenza [4]. Nella popolazione clinica, i sintomi dissociativi si manifestano con una frequenza che varia tra il 5,4% e il 12,7% [4, 5]. Tale ampia variabilità potrebbe derivare dalle diverse metodologie e/o strumenti di valutazione usati per rilevare i fenomeni dissociativi oppure potrebbe essere legata alle differenti concezioni dei fenomeni dissociativi intorno ai quali ruotano teorie diverse di definizione e spiegazione. Non esistono dubbi, infatti, riguardo alla presenza dei fenomeni dissociativi [6], ma esistono discordanze in merito alla loro concettualizzazione [1].

Il modello dimensionale ha ispirato la costruzione di uno degli strumenti oggi maggiormente usati per la misurazione della dissociazione, la DES (Dissociative Experiences Scale) di Bernstein e Putnam [7].

Secondo gli autori, il punteggio ottenuto dalla DES consente di collocare i soggetti lungo un continuum che va da bassi livelli di dissociazione (nella popolazione non clinica) ad alti livelli di dissociazione (nei pazienti con disturbi dissociativi).

Come evidenziato in letteratura, il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) ha un nucleo dissociativo e i fenomeni dissociativi sono presenti in circa i due terzi dei pazienti con DBP [8, 9].

Definiamo Disturbo Borderline di Personalità (DBP), “*un pattern pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell’immagine di sé e dell’umore e una marcata impulsività, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in svariati contesti*” [2, p. 768] come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. “*Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono*”;
2. “*Un pattern di relazioni interpersonali instabili o intense, caratterizzato dall’alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione*”;
3. “*Alterazione dell’identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabile*”;
4. “*Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (per es. spese sconsiderate, sesso, abuso di sostanze, guida pericolosa, abbuffate)*”;
5. “*Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento auto-mutilante*”;
6. “*Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell’umore (per es. 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 inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es. frequenti eccessi di ira, rabbia costante, ricorrenti scontri fisici)*”;
9. “*Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi*” [2, p.768].

Il termine *organizzazione borderline di personalità* fu introdotto da Kernberg [10], il quale si riferiva a schemi di funzionamento e comportamento caratterizzati da instabilità e che riflettevano una disturbata organizzazione del Sé. Sintomi e comportamenti caratteristici del DBP sono: un’immagine instabile di Sé, rapidi cambiamenti dell’umore, paura dell’abbandono, tentativi di suicidio e autolesionismo. Sono spesso presenti sintomi psicotici come deliri e allucinazioni. Egli osservò inoltre le reazioni dissociative, in particolare fughe dissociative, stati crepuscolari isterici e amnesie accompagnate da disturbi della coscienza [10]. Kernberg riscontrò anche che la diffusione e la scissione dell’identità risultavano tra le principali caratteristiche intrapsichiche dell’organizzazione della personalità borderline [11].

Caratteristiche principali di tale alterazione psicopatologica sono: il senso di vuoto, la paura dell’abbandono ed un’erronea e distorta concezione del Sé. Questa triade prende il nome di “*triade del Sé*” e viene spesso confusa con la depressione [12] poiché è accompagnata da un’emozione dolorosa che ai pazienti risulta difficile descrivere con precisione. Ciò che ne deriva è un’esperienza di “*dolorosa incoerenza*” [13], ovvero di dissociazione.

I pazienti con DBP riportano numerosi sintomi dissociativi, sia psicofornici sia somatofornici [14, 15, 16, 17, 18].

Nella maggior parte dei casi il DBP è associato ad esperienze traumatiche, sintomi dissociativi ed altri disturbi connessi ai traumi [19, 20, 21, 22]. Lo sviluppo della dissociazione patologica è stato ampiamente collegato al trauma, in modo specifico

e più grave all'abuso sessuale nell'infanzia [23, 24, 25], abuso fisico, abusi in età precoce [26, 27, 28, 29]. Nel Disturbo Borderline di Personalità si rilevano più alti tassi di forme multiple di abuso infantile rispetto agli altri disturbi di personalità e ai gruppi di controllo psichiatrici [30, 31, 32, 33]. L'abuso avvia il rilascio di ormoni dello stress, aggravando le manifestazioni dissociative e la relativa elaborazione delle informazioni, probabilmente generando anche un'ulteriore disfunzione a livello della corteccia prefrontale e limbica [9].

In letteratura scientifica, è possibile rilevare che la comorbidità tra un grave disturbo dissociativo (DD) e il DBP aumenta il livello di gravità della patologia e complica esponenzialmente la possibilità di trattamento [34]. I pazienti con DBP che manifestano grave sintomatologia dissociativa sono a più alto rischio di compiere atti autolesivi, tentativi di suicidio e sono a più alto rischio di ospedalizzazione. Essi richiedono trattamenti complessi, sia per il DBP che per la dissociazione. L'identificazione precoce della dissociazione può essere fondamentale per preservare anni di trattamento e per il successo dello stesso [9].

Il Disturbo Dissociativo dell'Identità (DID) può essere diagnosticato fino al 27% della popolazione con DBP [35, 36, 37, 38]. Il DBP, invece, viene diagnosticato fino al 70% della popolazione con DID [34, 39, 40, 41, 42].

Nel presente lavoro di ricerca evidenzieremo come i fenomeni dissociativi sono più frequenti in soggetti con Disturbo Borderline di Personalità rispetto a soggetti con altre patologie ed evidenzieremo, in particolare, come il legame tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità è più forte per quanto riguarda la sintomatologia di depersonalizzazione/derealizzazione. Infine evidenzieremo come la presenza di fenomeni dissociativi è legata alla presenza di tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità piuttosto che all'aver una diagnosi dello stesso.

## 2. Obiettivi

Nel presente lavoro di ricerca si perseguono i seguenti obiettivi:

- Indagare il rapporto tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità;
- Indagare rispetto a quale fattore sintomatologico dissociativo sia più forte il legame con il Disturbo Borderline di Personalità;
- Indagare se la presenza di fenomeni dissociativi sia legata al numero di tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità o alla diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità.

## 3. Materiali e Metodi

Le valutazioni psicodiagnostiche dei soggetti sono state effettuate da valutatori esperti utilizzando i seguenti strumenti:

1. *Dissociative Experiences Scale* [7] è uno strumento self-report facile e veloce da compilare ed elaborare, che valuta la presenza, la quantità e la tipologia di espe-

rienze dissociative senza entrare nel merito della diagnosi. È composto da 28 item disposti su una scala analogica i cui punteggi variano da 0 % a 100 %, per ciascun item e per il punteggio totale ottenuto dalla media dei punteggi. Secondo il modello fattoriale [43] la DES è composta dalle seguenti sottoscale:

- Amnesia dissociativa: riguarda azioni di cui il soggetto non ha ricordo (item 3,4,5,8,11);

- Assorbimento immaginativo: riguarda l'essere talmente immerso in una certa attività da diventare inconsapevole della realtà circostante (item 2,14,15,17, 18, 20, 24);

- Depersonalizzazione-derealizzazione: riguarda la percezione alterata del Sé e dell'ambiente, come sentirsi disconnessi dal proprio corpo, dai propri pensieri, dai propri sentimenti (item 7,12,13, 21, 22, 23, 27, 28) [1, 6].

I punteggi alla DES totale superiori a 20 sono indicativi di una condizione psicopatologica, ma non hanno da soli valore diagnostico. Per poter formulare la diagnosi occorre utilizzare un'intervista clinica strutturata o semi-strutturata come la Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders [44], o la Dissociative Disorders Interview Schedule [45].

2. *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Disorders* (SCID-II) è l'intervista clinica strutturata per i Disturbi di Personalità dell'Asse II del DSM-IV [46] usata per la valutazione diagnostica dei dieci disturbi di personalità dell'Asse II del DSM-IV (APA,1994) e dei disturbi di personalità di tipo depressivo e di tipo passivo-aggressivo (inclusi nell'Appendice B del DSM-IV, - Criteri e Assi previsti per ulteriori studi). La SCID- II consente di formulare una valutazione dei disturbi dell'Asse II sia da un punto di vista categoriale (criterio presenza/assenza) sia da un punto di vista dimensionale. Essa comprende 119 item caratterizzati da modalità di risposta dicotomica, sì/no. Ogni disturbo di personalità è individuato da un determinato numero di item che corrispondono ai criteri diagnostici del DSM-IV per quella specifica categoria diagnostica. Un punteggio "3" su un item della SCID-II, attribuito dal clinico durante l'inchiesta, indica sufficiente evidenza che la caratteristica descritta nell'item sia:

- Patologica: indica che la caratteristica è al di fuori del range di variazione normale;

- Persistente: si riferisce alla frequenza e alla durata (un punteggio "3" indica che la caratteristica è stata presente spesso durante gli ultimi 5 anni);

- Pervasiva: indica la presenza della caratteristica in vari contesti, per es. a casa e a lavoro o, nel caso di item che riguardano i rapporti interpersonali, si manifesta in relazioni diverse [47].

#### 4. Campione

La ricerca è stata condotta presso un ambulatorio di salute mentale privato della Provincia di Napoli. Il campione, composto da 1033 soggetti (M=460; F=573), è stato reclutato inserendo sequenzialmente in database tutti i soggetti che sono acceduti

consecutivamente al servizio. I soggetti sono stati informati degli scopi della ricerca ed è stato ottenuto dagli stessi il consenso informato. Sono stati esclusi dal campione i soggetti con traumi cranici in anamnesi, deficit cognitivi, condizioni psicotiche e affettive acute.

## 5. Analisi dei dati

I dati raccolti con la DES e la SCID II sono stati trattati statisticamente con l'ausilio del pacchetto SPSS (Statistical Package for Social Science). Il campione è stato descritto relativamente alle caratteristiche socio demografiche e psicopatologiche con l'analisi delle frequenze per quanto riguarda le variabili categoriali e con la valutazione delle medie e delle deviazioni standard per le variabili continue.

Le valutazioni inferenziali sono state effettuate applicando il test T di Student, l'Anova ad una via e la Regressione Logistica. Le variabili continue sono state standardizzate prima di effettuare il test di regressione.

## 6. Risultati

Nella Tabella 1 (vedi Appendice A) vengono riportate le caratteristiche socio-demografiche del campione. L'età media dei soggetti è di 34,76 anni con una DS di 11,6. Dei 1033 soggetti 460 sono maschi e 573 femmine. Un soggetto è senza titolo di studio, 27 soggetti hanno un'istruzione elementare, 197 la licenza media, 557 il diploma di scuola superiore e 212 la laurea. Per quanto riguarda lo stato civile, 546 soggetti sono nubili/celibi, 378 sono coniugati/e, 48 sono separati/e e 13 sono vedovi/e. Per quanto riguarda l'attività lavorativa, 298 soggetti sono disoccupati/e, 684 sono occupati/e, 16 sono in pensione.

Nella Tabella 2 (vedi Appendice A) vengono riportate le caratteristiche psicopatologiche del campione. 170 soggetti hanno diagnosi di DBP (16,5%). Tutti i soggetti presentano un punteggio medio alla DES totale di 11,83 in particolare un punteggio medio di 22,9 al Fattore I della DES (stato dissociato), un punteggio medio di 115,79 al Fattore II (assorbimento immaginativo) e un punteggio medio di 80,96 al Fattore III (depersonalizzazione/derealizzazione).

Nella Tabella 3 (vedi Appendice A) vengono descritte le caratteristiche cliniche del campione rispetto alle diagnosi di disturbo di personalità. Il campione sperimentale è risultato essere composto dal 6,4% di soggetti con disturbo evitante di personalità (N= 63); dal 5,1% di soggetti con disturbo dipendente di personalità 5,1% (N= 50); dal 4,5% di soggetti con disturbo paranoide di personalità (N=44); dal 4,6% di soggetti con disturbo ossessivo compulsivo di personalità (N=45); dallo 0,3% di soggetti con disturbo schizotipico (N=3); dal 2,7 % di soggetti con disturbo schizoide di personalità (N=26); dall'1,5 % di soggetti con disturbo istrionico di personalità (N=15); dal 12,1% di soggetti con disturbo narcisistico di personalità (N=118); dal 17,4% di soggetti con disturbo borderline di personalità (N=170); dal 3,5% di soggetti con disturbo antisociale di personalità (N=34).

Nella Tabella 4 (vedi Appendice A) vengono descritte le caratteristiche cliniche del

campione in relazione alle diagnosi cliniche.

Il campione è risultato essere composto da 316 soggetti con disturbo di panico (30,6%); da 101 soggetti con agorafobia (9,8%); da 387 soggetti con disturbo d'ansia generalizzata (37,5%); da 32 soggetti con disturbo d'ansia sociale (3,1%); da 45 soggetti con dipendenza da sostanze (4,4%); da 29 soggetti con disturbo da abuso di alcol (2,8%); da 45 soggetti con dipendenza da sostanze (4,4%); da 29 soggetti con disturbo da abuso di alcol (2,8%); da 110 soggetti con disturbo ossessivo compulsivo (10,6%); da 461 soggetti con disturbo depressivo maggiore (44,6%); da 1 soggetto con disturbo bipolare (0,1%); da 51 soggetti con disturbi psicotici (4,9%); da 5 soggetti con anoressia (0,5%); da 18 soggetti con bulimia (1,7%); da 105 soggetti con tendenze suicide (10,2%).

Nella Tabella 5 (vedi Appendice A) vengono descritti i punteggi medi alla DES di soggetti senza e con DBP.

In particolare si evince che il punteggio medio alla DES totale è più alto nei soggetti con DBP (17,38) rispetto a quello dei soggetti senza DBP (10,72).

I punteggi medi legati ai Fattori I (stato dissociato), II (assorbimento immaginativo) e III (depersonalizzazione/derealizzazione) della DES sono più alti nei soggetti con DBP rispetto a quelli dei soggetti senza DBP. In particolare, nei soggetti con DBP, per il Fattore I il punteggio medio è di 41,10, per il Fattore II è di 179,32 e per il Fattore III è di 146,00.

La significatività statistica è stata rilevata attraverso il test T di Student.

Nella Tabella 6 (vedi Appendice A) viene descritta la regressione logistica che pone la diagnosi di DBP come variabile dipendente e i fattori della DES come variabili esplicative. Emerge che il legame è forte in relazione al Fattore III della DES (depersonalizzazione/derealizzazione). È possibile evidenziare che all'aumentare di un punto standard del Fattore III della DES aumenta del 50% la probabilità di riscontrare un DBP.

Nella Tabella 7 (vedi Appendice A) vengono descritte le medie dei punteggi alla DES totale in relazione al numero di sintomi del DBP.

Effettuando l'analisi della varianza (test F di Fischer) emerge che all'aumentare del numero di tratti (sintomi) di DBP si manifestano punteggi medi più alti alla DES totale.

Come evidenziato graficamente (vedi Appendice A) il punteggio medio alla DES totale è molto alto in presenza di 4 tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità e questo consente di concludere che la presenza di fenomeni dissociativi non è legata necessariamente all'avere una diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità ma al numero di tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità presenti nel soggetto.

## 7. Discussione e conclusioni

Il presente lavoro di ricerca, in linea con la letteratura scientifica, evidenzia come i punteggi medi alla DES totale sono più alti in soggetti con Disturbo Borderline di Personalità rispetto a quelli senza Disturbo Borderline di Personalità [9, 48].

Numerose ricerche, infatti, hanno dimostrato che i livelli di dissociazione sono significativamente più alti in pazienti con DBP rispetto ai gruppi di controllo, a soggetti con altri disturbi di personalità, e in generale alla popolazione psichiatrica [21, 30, 45, 50] e che i sintomi dissociativi non sono né rari né transitori nel DBP [35, 38, 51]. Altra caratteristica psicopatologica della dissociazione sono le alterazioni dell'identità, collegate spesso ai fenomeni di depersonalizzazione e derealizzazione. Questa esperienza è rappresentata dall'item 11 della DES 11, "alcune persone hanno l'esperienza di guardarsi allo specchio e non riconoscersi". Molti pazienti con DBP hanno la sensazione di essere "nessuno in nessun luogo" e provano un senso di totale estraniamento dal proprio corpo e dal mondo circostante.

Confrontando Disturbo Borderline di Personalità e fenomeni dissociativi, emerge che il legame tra questi è più forte rispetto al Fattore III della DES (depersonalizzazione/derealizzazione), in particolare all'aumentare di un punto standard del Fattore III aumenta del 50% la probabilità di riscontrare un Disturbo Borderline di Personalità. I pazienti con DBP mostrano sintomi di derealizzazione, depersonalizzazione e disturbi della memoria [52].

Sulla base di quanto finora approfondito, l'alta percentuale di sintomatologia dissociativa, in particolare per i fenomeni più gravi di depersonalizzazione/derealizzazione, riscontrati nei pazienti con DBP può derivare:

- Da una condizione di vulnerabilità che predispone il paziente a manifestazioni dissociative [53, 54].
- Dall'eziologia traumatica del DBP [19, 22, 31, 55].

Infine è emerso che la presenza di fenomeni dissociativi non è legata necessariamente alla diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità ma al numero di tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità presenti nel soggetto. All'aumentare del numero di tratti (sintomi) di DBP aumentano i punteggi medi alla DES Totale (DES TOT) ma, in particolare, il punteggio medio alla DES Totale è più alto alla presenza di quattro tratti (sintomi) di Disturbo Borderline di Personalità. Questo risultato ci consente di rilevare che, pur non configurandosi necessariamente diagnosi di DBP, il legame con i fenomeni dissociativi è molto forte già in presenza di 4 tratti (sintomi) dello stesso.

Il confronto con la letteratura attuale sull'argomento non trova riscontro con quest'ultimo risultato emerso.

Si possono ipotizzare diversi motivi alla base di questa evidenza:

- Una maggiore gravità dei fenomeni dissociativi produce manifestazioni psicopatologiche di personalità più numerose;
- I fenomeni dissociativi producono specifici sintomi del DBP
- Il DBP, come descritto dal DSM, non è un'entità nosografica omogenea ma presenta diversi processi patologici nucleari alcuni dei quali sono determinati in parte dai fenomeni dissociativi.

Questo è un disegno di ricerca trasversale che non ci consente, quindi, di trarre conclusioni definitive riguardo al rapporto di causa-effetto tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità. Il campione considerato nello studio è composto

da un gruppo di soggetti di livello socio demografico non rappresentativo della popolazione generale (ceto medio-alto).

## 8. Prospettive future

È raccomandabile che tutti i pazienti con DBP vengano valutati con la DES. Riguardo ai possibili sviluppi futuri proponiamo di approfondire i risultati rilevati dalla presente ricerca, ampliando la numerosità del campione. Si può pensare di ampliare l'indagine indagando quali tratti (sintomi) del DBP si colleghino in modo specifico alla sintomatologia dissociativa. Questo studio, inoltre, si è focalizzato sul legame tra fenomeni dissociativi e Disturbo Borderline di Personalità. Potrebbe essere interessante estendere l'indagine ad altri disturbi di personalità, indagando la relazione esistente tra fenomeni dissociativi e altri tratti (sintomi) di personalità migliorando la valutazione diagnostica e al fine di progettare specifici e adeguati trattamenti psicoterapeutici.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cantone D., Sperandeo R., Maldonato M N., Cozzolino P. Perris F. (2012). Dissociative phenomena in a sample of outpatients. *Rivista di Psichiatria*, 47 (3), 246-253. doi: 10.1708/1128.12448.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. (p.337; p.768)
3. Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*, 5(2), 82.
4. Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H. J., Klauer, T., Schneider, W., Freyberger, H. J., & Stieglitz, R. D. (2006). Frequency, clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 51- 62. doi:10.1300/J229v07n01\_05.
5. Modestin, J., & Erni, T. (2004). Testing the dissociative taxon. *Psychiatry Research*, 126 (1), 77-82. doi:10.1016/j.psychres.2001.12.001.
6. Maldonato, N. M., Sperandeo, R., Moretto, E., & Dell'Orco, S. (2018). A non-linear predictive model of borderline personality disorder based on multilayer perceptron. *Frontiers in psychology*, 9, 447. doi:10.3389/fpsyg.2018.00447.
7. Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*, 174(12), 727-735. doi: 10.1097/00005053-198612000-00004.
8. Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Fougere, P. (2009). Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(3), 346-367. doi:10.1080/15299730902956838.
9. Korzekwa, M. I., Dell, P. F., & Pain, C. (2009). Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 82-88.
10. Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685. doi:10.1177/000306516701500309.
11. Mearns, R. (2012). *A Dissociation Model of Borderline Personality Disorder*. WW Norton & Company.

12. Silk, K. R. (2011). Overview of the Pharmacotherapy of Borderline Personality Disorder: Should We Rethink the APA Algorithm?. In *JOURNAL OF PERSONALITY DISORDERS* (Vol. 25, pp. 6-6). 370 SEVENTH AVE, SUITE 1200, NEW YORK, NY 10001-1020 USA: GUILFORD PUBLICATIONS INC.
13. Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528-541.
14. Anderson, G., Yassenik, L., & Ross, C. A. (1993). Dissociative experiences and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 17(5), 677-686.doi:10.1016/0145-2134(93)90088-M.
15. Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociation, borderline personality disorder, and childhood trauma. *American Journal of Psychiatry*, 148(6), 812. doi:10.1176/ajp.148.6.812-a.
16. Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical psychology review*, 19(5), 631-657.doi:10.1016/S0272-7358(98)00103-2.
17. Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A., Stieglitz, R. D., Limberger, M. F., & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder - a controlled study. *Journal of psychiatric research*, 35(2), 111- 118.doi:0.1016/S0022-3956(01)00012-7.
18. Wildgoose, A., Waller, G., Clarke, S., & Reid, A. (2000). Psychiatric symptomatology in borderline and other personality disorders: dissociation and fragmentation as mediators. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(11), 757-763.
19. Herman, J. L., & van der Kolk, B. A. (1987). Borderline Personality Disorder. *Psychological trauma*, 111.
20. Laporte, L., & Guttman, H. (2001). Abusive relationships in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189, 522-531.
21. Zanarini, M. C., Ruser, T., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2000). The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 223- 227.doi:10.1016/S0010-440X(00)90051-8.
22. Zanarini, M. C., Ruser, T. F., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *Journal of Nervous & Mental Disorders*, 188, 26-30.
23. Ross-Gower, J., Waller, G., Tyson, M., & Elliott, P. (1998). Reported sexual abuse and subsequent psychopathology among women attending psychology clinics: The mediating role of dissociation. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 313-326.doi: 10.1111/j.2044-8260.1998.tb01388.x.
24. Shearer, S. L. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1324-1328.
25. Van Den Bosch, L. M. C., Verheul, R., Langeland, W., & Van Den Brink, W. (2003). Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 549-555.
26. Allen, J. G., Fultz, J., Huntoon, J., & Brethour, J. R., Jr. (2002). Pathological dissociative taxon membership, absorption, and reported childhood trauma in women with trauma-related disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 89- 110.doi:10.1300/J229v03n01\_07.
27. Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 379-385.
28. Carlson, E. B., Dalenberg, C., Armstrong, J., Daniels, J. W., Loewenstein, R., & Roth, D. (2001). Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 549-567.

29. Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development & Psychopathology*, 9, 855–879.
30. Herman, J. L., Perry, C., & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 146(4), 490–495.
31. Laporte, L., & Guttman, H. (1996). Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of personality Disorders*, 10(3), 247–259. doi:10.1521/pedi.1996.10.3.247.
32. Links, P. S., Steiner, M., Offord, D. R., & Eppel, A. (1988). Characteristics of borderline personality disorder: A Canadian study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 336–340. doi:10.1177/070674378803300504.
33. Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 301–305. doi:10.1016/0010-440X(94)90023-X.
34. Dell, P. F. (1998). Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(6), 352–356.
35. Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 867–875.
36. Laddis, A., & Dell, P. F. (2002). A comparison of DID with 30 cases of SIDP-IV diagnosed borderline personality disorder. *Paper presented at the annual meeting of the International Society for the Study of Dissociation*, Baltimore, MD.
37. Sar, V., & Ross, C. (2006). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 129–144. doi:10.1016/j.psc.2005.10.008.
38. Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargic, I. L., Tutkun, H., Bakim, B., Bozkurt, O., Özpulat, T., Keser, V., Özdemir, O. (2003). The Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), 119–136. doi:10.1300/J229v04n01\_08.

## APPENDICE A

Tab. 1. Descrizione delle caratteristiche socio-demografiche del campione

		<b>M</b>	<b>SD</b>
<b>Età</b>		<b>34,76</b>	<b>11,6</b>
<b>Sesso</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
	maschio	<b>460</b>	<b>44,5</b>
	femmina	<b>573</b>	<b>55,5</b>
<b>Titolo di studio</b>			
	Senza titolo di studio	<b>1</b>	<b>,1</b>
	Elementari	<b>27</b>	<b>2,6</b>
	Medie	<b>197</b>	<b>19,1</b>
	Diploma	<b>557</b>	<b>53,9</b>
	Laurea	<b>212</b>	<b>20,5</b>
	Mancanti	<b>39</b>	<b>3,8</b>
<b>Stato civile</b>			
	Nubile/celibe	<b>546</b>	<b>52,9</b>
	Coniugato	<b>378</b>	<b>36,6</b>
	Separato	<b>48</b>	<b>4,6</b>
	Vedovo	<b>13</b>	<b>1,3</b>
	Mancanti	<b>48</b>	<b>4,5</b>
<b>Attività lavorativa</b>			
	Disoccupato	<b>298</b>	<b>28,8</b>
	Occupato	<b>684</b>	<b>66,2</b>
	Pensionati	<b>16</b>	<b>1,5</b>
	Mancanti	<b>35</b>	<b>3,4</b>

Tab. 2. Caratteristiche psicopatologiche del campione

<b>Campione totale</b>	<b>M</b>	<b>DS</b>
<b>DES totale</b>	11,83	43,59
<b>fattore I stato dissociato</b>	22,9	51,75
<b>fattore II assorbimento immaginativo</b>	115,79	109,49
<b>fattore III depersonalizzazione/derealizzazione</b>	80,96	101,02
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Soggetti con diagnosi di DBP</b>	<b>170</b>	<b>16,5</b>

Tab. 3. Caratteristiche  
personologiche del campione

	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale Valida</b>
<b>Disturbo di personalità evitante</b>	63	6,4
<b>Disturbo di personalità dipendente</b>	50	5,1
<b>Disturbo di personalità paranoide</b>	44	4,5
<b>Disturbo di personalità ossessivo Compulsivo</b>	45	4,6
<b>Disturbo di personalità schizotipico</b>	3	0,3
<b>Disturbo di personalità schizoide</b>	26	2,7
<b>Disturbo di personalità istrionico</b>	15	1,5
<b>Disturbo di personalità narcisistico</b>	118	12,1
<b>Disturbo di personalità borderline</b>	170	17,4
<b>Disturbo di personalità antisociale</b>	34	3,5

Tab. 4. Caratteristiche cliniche  
del campione senza DBP

	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale Valida</b>
<b>Panico</b>	316	30,6
<b>Agorafobia</b>	101	9,8
<b>Ansia Generalizzata</b>	387	37,5
<b>Ansia Sociale</b>	32	3,1
<b>Uso di sostanze</b>	45	4,4
<b>Abuso di alcol</b>	29	2,8
<b>OCD</b>	110	10,6
<b>Depressione Maggiore</b>	461	44,6
<b>Bipolare</b>	1	0,1
<b>Disturbi psicotici</b>	51	4,9
<b>Anoressia</b>	5	0,5
<b>Bulimia</b>	18	1,7
<b>Tendenze suicide</b>	105	10,2

		<b>M</b>	<b>DS</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
<b>DES totale</b>	soggetti senza				
	DBP	10,72	48,28	-3,11	<,01
	soggetti con DBP	17,38	14,25		
<b>Fattore I: stato dissociato</b>	soggetti senza				
	DBP	19,14	50,62	-4,38	<,01
	soggetti con DBP	41,10	5		
			5,		
			9		
			7		