

Osessioni e compulsioni in pazienti con disturbo borderline di personalità: caratteristiche cliniche e insight

Obsessions and compulsions in patients with borderline personality disorder: clinical characteristics and insight

S. Bellino, P. Bozzatello, D. Paradiso, E. Brignolo, F. Bogetto

Centro per i Disturbi di Personalità, Struttura Complessa di Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

Summary

Objectives

Thought abnormalities in borderline personality disorder (BPD) include psychotic transient or psychotic-like symptoms and obsessive-compulsive symptoms. Psychodynamic theories and clinical investigations indicated that psychotic or psychotic-like symptoms represent a core feature of this Axis II disorder. Therefore, DSM-IV-TR defined "transient stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms" as one of diagnostic criteria for BPD.

Obsessive-compulsive symptoms are also considered intrinsically related to borderline psychopathology. These symptoms are severe and are characterized in BPD patients by poor insight and resistance and obsessive control evident in personal relationships. Such psychopathological features of obsessive thoughts and compulsive behaviors are the expression of a deficient sense of self and reality and lack of coping abilities.

The first aim of the present study is to compare demographic and clinical characteristics between a subgroup of patients with a single diagnosis of obsessive-compulsive disorder (OCD) and a subgroup with a codiagnosis of obsessive-compulsive disorder and borderline personality disorder. The second aim is to investigate which clinical factors are significantly related to the level of insight in the subgroup of patients with concomitant OCD and BPD.

Methods

149 consecutive outpatients (79 males and 70 females; mean age 33.19 ± 13.81) who received a DSM-IV-TR diagnosis of obsessive-compulsive disorder were recruited for the study. The age of included patients ranged between 18 and 60 years. Exclusion criteria were lifetime diagnosis of dementia or other cognitive disorders, schizophrenia or other psychotic disorders, and/or bipolar disorders. Concomitant Axis I or II disorders were also excluded. All participants were tested with: a semistructured interview for demographic and clinical variables, the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I and II Disorders (SCID-I and SCID-II), the Clinical Global Impression-Severity Item (CGI-S), the Hamilton Scales for Depression and Anxiety (HAM-D and HAM-A), the Social and Occupational Functioning Assessment Scales (SOFAS), the Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI), the Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), and the Overvalued Idea Scale (OVIS). Student's *t* test and χ^2 test were used for statistical analysis. Significant variables were included in a multiple regression model, with the OVIS

score (level of insight) as dependant variables. The level of significance was set at $p \leq 0.05$.

Results

The continuous variables that showed a significant difference between the two subgroups were the CGI-S, the HAM-A, the SOFAS, the Y-BOCS, and the OVIS. Patients with concomitant OCD and BPD scored higher on all these scales (Table I). Comparison of categorical variables showed significant differences between groups for gender and course of illness. There were more women in the group with codiagnosis of OCD and BPD, a group that also showed a higher frequency of episodic course of OCD (Table II). The type of obsessive and compulsive symptoms significantly differed between the two groups: patients with OCD only had a higher frequency of obsessions of doubt and cleaning/washing compulsions, while patients with concomitant OCD and BPD showed more frequently aggressive obsessions and hoarding, and control compulsions (Figs. 1, 2). Multiple regression analysis found the level of insight in the group with OCD and BPD to correlate positively with total BPDSI scores ($p = 0.0005$) and Y-BOCS scores ($p = 0.002$), and inversely with CGI-S ($p = 0.023$) and HAM-A ($p = 0.003$) scores (Table III).

Conclusions

The occurrence of BPD in comorbidity with OCD determines noticeable differences in clinical picture. In fact, this group of patients with Axis II codiagnosis is characterized by higher frequencies of female gender and episodic course of OCD. In addition, they have a higher level of global symptomatology and anxiety, a more severe functional impairment, and more severe obsessive symptoms with poorer insight. These results are mainly in accordance with previous findings, suggesting that the concomitance of a serious personality disorder worsens the psychopathology and the clinical picture of mental disorders. The main finding of our study is that patients with BPD have a decreased level of insight into the absurdity of their obsessive ideas, are unable to cope with their thoughts and do not recognize the abnormality of their compulsive behaviors. In addition, our results suggest that insight into obsessive ideas is negatively influenced by the severity of obsessions and borderline personality symptoms. On the contrary, a good level of insight is typical of patients with serious global pathology and high level of anxiety. A possible explanation of this finding is that the lack of insight may play a protective role and reduce emotional distress.

Corrispondenza

Silvio Bellino, Centro per i Disturbi di Personalità, Struttura Complessa di Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, via Cherasco 11, 10126, Torino, Italia • Tel. 011 6634848 • Fax 011 673473 • E-mail: silvio.bellino@unito.it

Our results are not sufficient to draw final conclusions on the complex relationship involving obsessions and compulsions, borderline pathology, and level of insight, but they contribute to stimulate the interest for oncoming investigations on this psychopathological issue and its clinical and therapeutic implications.

Riassunto

Obiettivi

Le alterazioni del pensiero nel disturbo borderline di personalità (DBP) comprendono i sintomi psicotici transitori o "simil-psicotici" e i sintomi ossessivo-compulsivi. Le teorie psicodinamiche e la pratica clinica confermano l'importanza dei sintomi psicotici o "psychotic-like" in questo disturbo di Asse II; infatti la presenza di sintomi dissociativi gravi e ideazione paranoide in condizioni di stress rappresentano uno dei criteri diagnostici per il DBP.

Accanto ai sintomi cognitivo-percettivi, anche i sintomi ossessivo-compulsivi sono da tempo considerati un elemento centrale nella psicopatologia borderline. Le manifestazioni ossessivo-compulsive nei pazienti con DBP sono principalmente connotate da un basso grado di insight e resistenza nei confronti dei sintomi ossessivi e da un'elevata necessità di controllo che si esprime soprattutto nelle relazioni interpersonali.

Dal punto di vista psicodinamico, i pensieri ossessivi e i comportamenti compulsivi nel DBP potrebbero svolgere una funzione di protezione e di sostegno dell'Io migliorando, almeno in parte, la capacità del paziente di tollerare i cambiamenti.

Lo scopo di questa indagine è quello di individuare le differenze che intercorrono tra le caratteristiche cliniche e demografiche dei pazienti con diagnosi singola di DOC e quelle dei pazienti con DOC in comorbilità con DBP. Il nostro studio si propone inoltre di valutare quali caratteristiche cliniche sono in relazione significativa e indipendente con il grado di insight nei confronti dei pensieri ossessivi nel sottogruppo di pazienti con DOC e DBP.

Metodi

Sono stati reclutati 149 pazienti (79 maschi e 70 femmine; età media = 33,19 ± 13,81) con diagnosi di DOC (DSM-IV-TR). Il campione è stato suddiviso in due sottogruppi: 83 DOC "puri" e 66 con DOC + DBP. Sono stati esclusi i pazienti con diagnosi *lifetime* di demenza o altri disturbi cognitivi, schizofrenia o altri disturbi psicotici e/o disturbi bipolari. Sono stati inoltre esclusi i pazienti con attuali comorbilità di Asse I e II.

I pazienti sono stati testati tramite i seguenti strumenti di valutazione: un'intervista semistrutturata per le variabili cliniche e demografiche, l'Intervista Clinica Strutturata del DSM-IV per i disturbi di Asse I e II (SCID-I e II), la *Clinical Global Impression Scale-Severity Item* (CGI-S); le scale di Hamilton per la depressione e l'ansia (HAM-D, HAM-A); la *Social Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS); il *Borderline Personality Disorder Severity Index* (BPDSI); la *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS); la *Overvalued Idea Scale* (OVIS).

L'analisi statistica è stata condotta con il test del t di Student e il test del χ quadrato. I fattori clinici risultati significativi sono stati inseriti in un modello di regressione multipla in cui la variabile dipendente è la OVIS (livello di insight). Sono stati inoltre confrontati con il test del χ quadrato i tipi di ossessione e di compulsione che più frequentemente si riscontrano nei due sottogruppi (DOC "puri" e DOC + DBP).

Risultati

Le variabili continue risultate significative ($p \leq 0,05$) sono la Y-BOCS, la OVIS, la CGI-S, la SOFAS e la HAM-A. In particolare i

Key words

Borderline personality disorder • Obsessive compulsive disorder • Clinical characteristics • Insight • Overvalued ideas

pazienti affetti sia da DOC sia da DBP presentano un punteggio più elevato a tutte queste scale (Tab. I).

Le variabili categoriali per cui si è riscontrata una differenza significativa fra DOC "puri" e DOC con DBP sono il genere ed il tipo di decorso del DOC. Il genere femminile e il decorso episodico sono maggiormente rappresentati nel sottogruppo di pazienti con DOC + DBP (Tab. II).

Dall'analisi di regressione multipla condotta sul sottogruppo con DOC e DBP in comorbilità emerge che il livello di insight (punteggio della OVIS) è direttamente correlato con il punteggio totale del BPDSI e della Y-BOCS, mentre è inversamente correlato con i punteggi della CGI-S e della HAM-A (Tab. III).

Per quanto concerne i tipi dei sintomi ossessivo-compulsivi riscontrati nei nostri pazienti, è emersa una differenza significativa fra i due sottogruppi per quanto riguarda sia le ossessioni, sia le compulsioni. Il sottogruppo con DOC e DBP presenta con maggiore frequenza ossessioni aggressive e condotte di accumulo e di controllo, mentre i pazienti con diagnosi singola di DOC hanno più frequentemente ossessioni di dubbio e compulsioni di pulizia e lavaggio (Figg. 1, 2).

Conclusioni

La presenza del disturbo borderline in pazienti con il DOC comporta differenze notevoli nell'espressione del quadro clinico. In particolare, i pazienti che presentano l'associazione di DOC e DBP sono più frequentemente di genere femminile, presentano più spesso un DOC a decorso episodico, con una gravità maggiore della sintomatologia globale e dei sintomi d'ansia, una compromissione del funzionamento sociale più pronunciata, sintomi ossessivi più gravi e un ridotto livello di insight. Questi risultati sono in linea con i dati disponibili in letteratura, che suggeriscono che la presenza di un disturbo di personalità grave ha ripercussioni negative sulla psicopatologia e sul quadro clinico di un disturbo mentale.

Secondo i dati che sono emersi dal nostro studio, i pazienti con DBP presentano una capacità ridotta di comprendere l'assurdità delle loro idee ossessive e di resistere a tali pensieri, e hanno difficoltà a riconoscere l'anomalia dei loro comportamenti compulsivi.

Inoltre, i nostri risultati indicano che il grado di insight nei confronti dei sintomi ossessivi è influenzato negativamente dalla gravità delle ossessioni e dei sintomi del DBP. Al contrario, un buon livello di insight è tipico dei pazienti con una sintomatologia globale più grave e un elevato livello di ansia. Per spiegare questo risultato si può ipotizzare che un grado ridotto di consapevolezza dei propri disturbi possa esercitare un effetto di protezione e ridurre la sofferenza psichica di questi pazienti.

I nostri risultati non sono sufficienti per trarre conclusioni definitive sui rapporti complessi che coinvolgono ossessioni e compulsioni, patologia borderline e livello di insight, ma contribuiscono a stimolare l'interesse per le future indagini riguardanti questi aspetti psicopatologici e le loro implicazioni cliniche e terapeutiche.

Parole chiave

Disturbo borderline di personalità • Disturbo ossessivo-compulsivo • Caratteristiche cliniche • Insight • Idee sopravvalutate

Introduzione

Nell'ambito della pratica psicoanalitica, il disturbo borderline di personalità (DBP) è stato posto in stretto rapporto con le psicosi, soprattutto quelle di tipo schizofrenico. In questo contesto ha assunto importanza la comparsa, nel decorso del disturbo, di sintomi cognitivo-percettivi che possono manifestarsi come alterazioni di forma e contenuto del pensiero sfumate e transitorie in condizioni di stress (ideazione paranoide e idee di riferimento), accompagnate da illusioni spesso a carattere somatico. Tra i fenomeni di tipo psicotico sono inclusi episodi psicotici brevi per lo più a carattere reattivo, caratterizzati da ideazione delirante frequentemente frammentaria e compromissione dell'esame della realtà. In particolare è stato calcolato che il 40% dei pazienti borderline esperisce sintomi "simil-psicotici", che differiscono da quelli francamente psicotici poiché sono transitori, comportano una minore compromissione funzionale e presentano un contenuto atipico che può essere di pura fantasia o basato sulla realtà¹.

L'attuale descrizione del DBP, quale è stata elaborata nel DSM-IV-TR, comprende i diversi aspetti fin qui presi in considerazione. Infatti, il nono criterio diagnostico riguarda proprio la presenza di sintomi dissociativi gravi e ideazione paranoide in condizioni di stress. La dissociazione è stata definita come "un processo che produce una visibile alterazione dei pensieri, dei sentimenti o delle azioni di un soggetto, così che per un periodo di tempo alcune informazioni non sono associate ed integrate in modo normale e logico"^{2,3}. I sintomi dissociativi sono rappresentati da amnesia, fuga, depersonalizzazione e derealizzazione. Gli ultimi due sono quelli di più frequente riscontro nel DBP¹⁻⁴. È stato inoltre dimostrato che i pazienti borderline presentano un'aumentata reattività alle situazioni stressanti minori, manifestando sintomi dissociativi, sospettosità e idee di riferimento in risposta a difficoltà quotidiane non diverse da quelle che tutti possono incontrare nel corso della giornata⁴.

Recentemente i sintomi della sfera cognitivo-percettiva nel DBP sono stati oggetto di indagini cliniche volte a chiarirne i correlati neurobiologici. Attraverso test neurocognitivi è stato evidenziato che i pazienti borderline con sintomi psicotici mostrano una significativa alterazione dei test di inibizione cognitiva, ottenendo quote di errore simili alla popolazione con schizofrenia⁵. Le anomalie del sistema di inibizione coinvolgono le vie dopaminergiche della corteccia prefrontale e della corteccia cingolata anteriore e sono da tempo considerate un "endofenotipo" dei disturbi dello spettro psicotico⁶⁻⁸. I pazienti borderline con sintomi psicotici condividerebbero con i pazienti schizofrenici un'alterazione dello sviluppo funzionale della corteccia prefrontale, correlata ad un evento biologico o ad un trauma psicologico infantile^{5,9-14}.

Accanto ai sintomi cognitivo-percettivi, anche i sintomi ossessivo-compulsivi sono da tempo considerati un elemento importante della psicopatologia borderline. La definizione tradizionale di "pannevrosi" riferita ai pazienti borderline includeva la presenza di ossessioni e compulsioni nel corredo sintomatologico di questo disturbo di personalità¹⁵. Già Knight¹⁶ e, successivamente, Kernberg¹⁷ avevano notato la possibile coesistenza del DBP con il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). È stato calcolato in recenti stime epidemiologiche che il 22% dei pazienti con DBP presenta comorbilità col DOC^{18,19}. Le manifestazioni ossessivo-compulsive nel paziente affetto da DBP si caratterizzano per alcuni aspetti peculiari. Si tratta di sintomi pervasivi, che compromettono gravemente le attività del paziente. In secondo luogo, il soggetto presenta spesso una scarsa consapevolezza dei propri sintomi ("poor insight") e cede facilmente sotto la pressione delle ossessioni, mettendo in atto comportamenti compulsivi ("poor resistance"). Inoltre il paziente tende a coinvolgere gli altri individui nell'affrontare i sintomi, esercitando un notevole controllo interpersonale attraverso le proprie ossessioni. Tale aspetto è strettamente correlato ad intensa dipendenza e aggressività e contribuisce all'instabilità relazionale propria del DBP.

È stato ipotizzato che, da un punto di vista psicodinamico, i sintomi ossessivi nel paziente borderline costituiscono dei meccanismi che svolgono una funzione di protezione e di sostegno dell'io. Le ossessioni e le compulsioni nel DBP sono, infatti, più frequentemente egosintoniche e rappresentano un fenomeno mentale che può contribuire a stabilizzare le funzioni dell'io, migliorando in una certa misura la capacità del paziente di tollerare i cambiamenti²⁰.

Il concetto di insight è composito e assume diversi significati a seconda del contesto in cui viene utilizzato. Nel lessico psichiatrico, in genere, indica il grado di consapevolezza della malattia, che varia dalla semplice ammissione della presenza dei sintomi, al riconoscimento dei sintomi come espressione di malattia, alla comprensione delle cause della malattia e delle sue implicazioni²¹. In questo caso il significato che è stato attribuito al termine insight corrisponde alla capacità dei pazienti ossessivi di valutare criticamente i propri sintomi, considerando assurdi e irragionevoli i contenuti delle proprie ossessioni e le proprie condotte compulsive.

Alcuni Autori hanno individuato l'esistenza di un *continuum* psicopatologico tra i sintomi ossessivo-compulsivi ed i sintomi psicotici. In particolare è stata proposta una classificazione dei fenomeni ossessivo-compulsivi in base al livello di insight e di resistenza, collocando tra i fenomeni prossimi alle psicosi le forme di DOC con scarso insight e resistenza^{22,23}. Si calcola che dal 15 al 36% dei pazienti affetti da DOC appartenga al sottogruppo con scarso insight. Alcuni studi hanno evidenziato una corre-

lazione tra scarso insight e presenza di sintomi depressivi, assenza di una personalità premorbosa, maggiore gravità dei sintomi ossessivi e peggiore risposta alla terapia con SSRI²⁴⁻²⁸. Pare, inoltre, che vi sia una specifica associazione tra disturbi di Asse II e DOC con scarso insight: i più frequenti disturbi di personalità in comorbilità sono il DBP ed il disturbo narcisistico di personalità²⁴.

La relazione che intercorre tra DOC con scarso insight o con sintomi psicotici e DBP con sintomi ossessivo-compulsivi è complessa. Sebbene si tratti di disturbi di natura differente, pare vi sia una certa sovrapposizione in alcuni aspetti, tra cui il controllo interpersonale ed il deterioramento del senso di realtà. Per questo motivo è stato ipotizzato che i sintomi ossessivo-compulsivi del DBP possano essere collocati all'estremità più grave – vicina ai fenomeni psicotici – dello spettro ossessivo-compulsivo¹⁹.

Obiettivo

Lo scopo di questa indagine è quello di individuare le differenze che intercorrono tra le caratteristiche cliniche dei pazienti con diagnosi singola di DOC e quelle dei pazienti con DOC in comorbilità con DBP. Il nostro studio si propone inoltre di valutare nel sottogruppo di pazienti con DOC e DBP quali caratteristiche cliniche sono in relazione significativa e indipendente con il grado di insight nei confronti dei pensieri ossessivi.

Metodo

Sono stati inclusi in questo studio 149 pazienti (79 maschi e 70 femmine) di età compresa tra i diciotto e i sessant'anni (età media di 33,19 ± 13,81) con diagnosi di DOC secondo il DSM-IV-TR²⁹, afferiti consecutivamente al Servizio per i disturbi di personalità della struttura

complessa di Psichiatria 1, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino. Il campione è stato suddiviso in due sottogruppi: 83 DOC "puri" e 66 DOC + DBP. La diagnosi è stata confermata tramite la SCID-I, Intervista Clinica Strutturata per i disturbi di Asse I, e la SCID-II, Intervista Clinica Strutturata per i disturbi di Asse II³⁰⁻³¹.

Costituivano criteri di esclusione la diagnosi *lifetime* di:

- delirium, demenza, disturbo amnestico e altri disturbi cognitivi;
- schizofrenia e altri disturbi psicotici;
- disturbi bipolari.

Sono stati inoltre esclusi i pazienti con attuali comorbilità di Asse I e II identificate con SCID I e II.

Sono stati presi in considerazione i seguenti fattori demografici e clinici:

- età, genere;
- età d'esordio del DOC;
- durata e tipo di decorso (episodico, cronico) del DOC.

I pazienti sono stati testati tramite i seguenti strumenti di valutazione:

- la *Clinical Global Impression Scale-Severity Item* (CGI-S)³²;
- le scale di Hamilton per la depressione e l'ansia (HAM-D, HAM-A)³³⁻³⁴;
- la *Social Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS) per il funzionamento socio-lavorativo³⁵;
- il *Borderline Personality Disorder Severity Index* (BPDSI) per la gravità della sintomatologia borderline³⁶;
- la *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) per la valutazione del quadro clinico del DOC³⁷⁻³⁸;
- la *Overvalued Idea Scale* (OVIS) per l'insight³⁹.

Il BPDSI è un'intervista clinica semistrutturata che valuta la frequenza e la gravità delle manifestazioni sintomatologiche del DBP. Questa scala comprende 9 item: "abbandono", "relazioni interpersonali", "identità", "im-

TABELLA I.

Confronto tra i due gruppi di pazienti DOC "puri" e DOC con DBP utilizzando il test del t di Student. Variabili significative ($p \leq 0,05$). *Comparison of the two subgroups of "pure" OCD and OCD with BPD with the t-test. Significant variables ($p \leq 0.05$).*

Variabili	Sottogruppi	Media ± DS	t	p
Y-BOCS ossessioni	DOC + DBP DOC	14,39 ± 3,31 13,14 ± 3,07	2,38	0,018
OVIS	DOC + DBP DOC	5,70 ± 2,50 3,67 ± 2,79	4,59	0,0005
CGI-S	DOC + DBP DOC	5,39 ± 0,89 4,96 ± 1,10	2,58	0,011
SOFAS	DOC + DBP DOC	57,30 ± 9,67 62,87 ± 11,16	-3,20	0,002
HAM-A	DOC + DBP DOC	15,67 ± 5,04 12,92 ± 6,87	2,72	0,007

TABELLA II.

Confronto tra i due gruppi di pazienti DOC "puri" e DOC con DBP utilizzando il test del χ quadrato. Variabili significative ($p \leq 0,05$). *Comparison of the two subgroups of "pure" OCD and OCD with BPD with chi-square test. Significant variables ($p \leq 0.05$).*

Variabili	Sottogruppi	n/N	c	p
Genere femminile	DOC + DBP	38/66	5,34	0,021
	DOC	32/83		
Decorso episodico	DOC + DBP	18/66	6,69	0,010
	DOC	9/83		

TABELLA III.

Risultati dell'analisi della regressione multipla nel sottogruppo di pazienti con DOC e DBP. Variabile dipendente: punteggio della OVIS (livello di insight). *Results of multiple regression analysis in the subgroup of patients with OCD and BPD. Dependent variable: OVIS score (level of insight).*

Variabili	Coefficiente	ES	t	p
BDPSI	0,34	0,03	13,02	0,0005
HAM-A	-0,08	0,03	-3,15	0,003
Y-BOCS	0,15	0,05	3,22	0,002
CGI-S	-0,49	0,21	-2,33	0,023

pulsività", "comportamento parasuicidiario", "instabilità affettiva", "senso di vuoto", "scoppi di rabbia", "sintomi dissociativi e ideazione paranoide".

La OVIS è una scala di valutazione delle idee prevalenti nel DOC. *Il concetto di "idea prevalente nel DOC", così come definita e valutata dalla scala OVIS, presenta strette analogie con la definizione di "DOC con scarso insight" fornita dal DSM-IV.*

La scala comprende 10 item che indagano le caratteristiche della ossessione principale che il paziente ha esperito nell'ultima settimana. Ad ogni item è possibile assegnare un punteggio da 0 a 10; il punteggio totale della OVIS è ottenuto calcolando la media degli *score* di ciascun item. L'analisi statistica è stata eseguita con il test del t di Student per confrontare le medie delle variabili continue nei due sottogruppi e con il test del χ quadrato per confrontare la distribuzione delle variabili categoriali. I fattori clinici risultati significativi a queste analisi bivariate sono stati inseriti in un modello di regressione multipla in cui la variabile dipendente è la OVIS. I casi presi in esame per l'analisi di regressione sono quelli appartenenti al sottogruppo DOC con DBP. Sono stati inoltre confrontati i principali tipi di ossessione e di compulsione che più frequentemente ricorrono nei due sottogruppi mediante il test del χ quadrato.

Risultati

All'analisi statistica, utilizzando il test del t di Student, le variabili continue risultate significative ($p \leq 0,05$) sono

la Y-BOCS, la OVIS, la CGI-S, la SOFAS e la HAM-A. In particolare i pazienti affetti sia da DOC che da DBP presentano uno *score* più elevato alla Y-BOCS ($p = 0,018$), un livello di insight ridotto ($p = 0,0005$), una maggiore gravità del quadro clinico globale ($p = 0,011$), una più pronunciata compromissione funzionale ($p = 0,002$) e più elevati livelli di ansia ($p = 0,007$) (Tab. I).

Dal confronto dei due gruppi di DOC "puri" e DOC con DBP col test del χ quadrato le variabili per cui si è riscontrata una differenza significativa sono il genere ed il tipo di decorso del DOC. Il genere femminile ($p = 0,021$) e il decorso episodico ($p = 0,010$) sono maggiormente rappresentati nel sottogruppo DOC con DBP (Tab. II).

Dall'analisi di regressione multipla (*stepwise*) condotta sui pazienti affetti sia da DOC che da DBP emerge che il punteggio della scala OVIS (alto punteggio è indicativo di basso livello di insight) correla in modo significativo e indipendente con i seguenti fattori clinici: è inversamente correlato con la gravità globale dei sintomi alla CGI-S ($p = 0,023$) e con la gravità dei sintomi ansiosi alla HAM-A ($p = 0,003$). Il punteggio della OVIS è invece direttamente correlato con la gravità della sintomatologia borderline misurata con il BPDSI ($p = 0,0005$) e con la gravità della sintomatologia ossessiva misurata con la Y-BOCS ($p = 0,002$) (Tab. III).

Per quanto riguarda i tipi dei sintomi ossessivo-compulsivi elencati nella Y-BOCS e riscontrati nei nostri pazienti, il test del χ quadrato ha messo in evidenza una differenza significativa delle frequenze riscontrate nei due

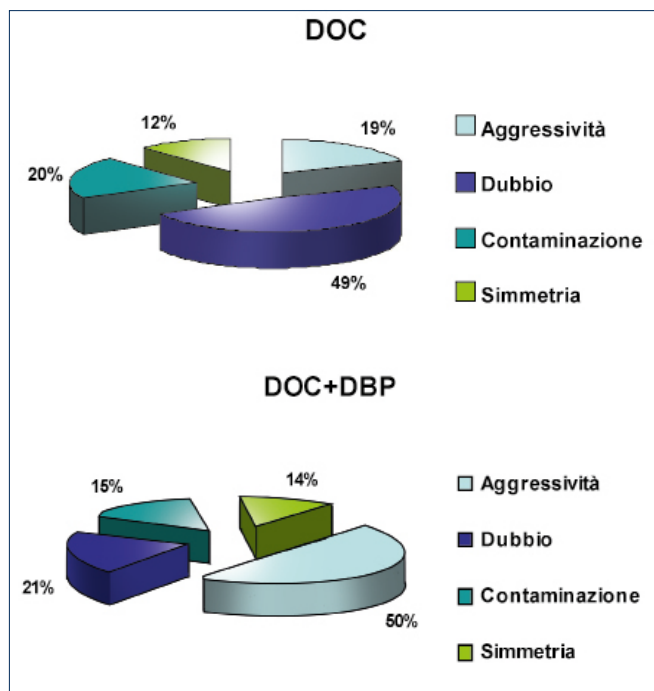


FIGURA 1.

Tipi di ossessioni più frequenti (Y-BOCS checklist) nei due sottogruppi di pazienti DOC "puri" e DOC con DBP (χ quadrato = 18,568; $p = 0,0005$). *More common types of obsessions (Y-BOCS checklist) in the two subgroups of patients with "pure" OCD and OCD with BPD (chi-square = 18.568; $p = 0.0005$).*

I valori percentuali sono approssimati al numero intero.

sottogruppi per quanto riguarda sia le ossessioni, sia le compulsioni ($p = 0,0005$). In particolare, il sottogruppo con l'associazione di DOC e DBP presenta con maggiore frequenza di ossessioni aggressive (50% dei casi), mentre i pazienti con diagnosi singola di DOC hanno più frequentemente ossessioni di dubbio (48,19%) (Fig. 1). I due sottogruppi differiscono anche per quanto riguarda la tipologia delle compulsioni: nei pazienti con DOC e DBP sono significativamente più rappresentate le condotte di accumulo (43,94%) e di controllo (36,36%), mentre nei soggetti con DOC singolo sono più frequenti i rituali mentali (40,96%) e le compulsioni di pulizia e lavaggio (26,51%) (Fig. 2).

Discussione

Il confronto delle variabili demografiche e cliniche fra i due sottogruppi in cui è stato suddiviso il campione del nostro studio, cioè i soggetti con diagnosi singola di DOC e quelli con comorbidità di DOC e DBP, ha consentito di individuare alcune differenze significative all'analisi bivariata col t test e col test del χ quadrato. In particolare, i pazienti in cui il DOC è associate al DBP sono più fre-

quentemente di genere femminile, presentano più spesso un DOC a decorso episodico, con una gravità maggiore della sintomatologia globale e dei sintomi d'ansia, una compromissione del funzionamento sociale più pronunciata, sintomi ossessivi (ma non compulsivi) più rilevanti e esperiti dal paziente con ridotta capacità di critica (scarso insight).

Anche se un raffronto analogo non è reperibile in letteratura, in precedenti studi su pazienti ossessivo-compulsivi sono stati riportati sia l'associazione tra DBP e maggiore gravità clinica dei sintomi globali e dei sintomi ossessivi, sia soprattutto un effetto negativo dei gravi disturbi di personalità sulla capacità di valutazione critica dei pazienti nei confronti delle loro ossessioni^{24-26 28}.

Le differenze di genere e di decorso del DOC tra i due sottogruppi sono in linea con l'epidemiologia e la clinica dei due disturbi presi in esame. Infatti, il DBP interessa nel 75% dei casi soggetti di sesso femminile²⁹ e le pazienti ossessivo-compulsive presentano più frequentemente dei pazienti maschi un DOC a decorso episodico con esordio acuto dei sintomi⁴⁰. Anche il livello di ansia più elevato e il funzionamento sociale più compromesso sono dati che ci si può attendere in presenza di un di-

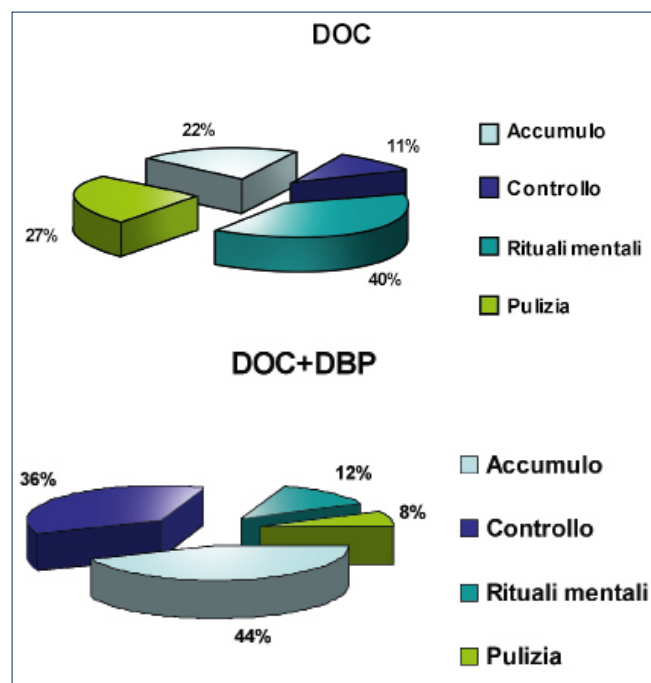


FIGURA 2.

Tipi di compulsioni più frequenti (Y-BOCS checklist) nei due sottogruppi di pazienti DOC "puri" e DOC con DBP (χ quadrato = 34,704; $p = 0,0005$). *More common types of compulsions (Y-BOCS checklist) in the two subgroups of patients with "pure" OCD and OCD with BPD (chi-square = 34.704; $p = 0.0005$).*

I valori percentuali sono approssimati al numero intero.

sturbo di personalità grave, che è persistentemente contrassegnato da un'essenziale componente di angoscia e che, in relazione alla configurazione e alla rilevanza del quadro clinico, ha ricadute molto pronunciate sul funzionamento socio-lavorativo. Infatti, l'instabilità degli stati emotivi e delle relazioni affettive, l'incapacità di inibire comportamenti inadeguati e il deficit dell'organizzazione dell'identità personale inficiano la possibilità di questi pazienti di programmare e conseguire obiettivi a lungo termine nel contesto sociale e interpersonale.

Dall'esame dei nostri risultati, l'elemento che presenta maggiore interesse è la conferma in un'indagine mirata di un dato già riportato in precedenti studi. I sintomi ossessivi che si manifestano durante il decorso del DBP si distinguono per la ridotta capacità dei pazienti di criticarne i contenuti. Pertanto, le idee ossessive che si manifestano nel corso del DBP possono essere definite tali per il loro carattere ripetitivo e coercitivo, ma i pazienti borderline non riconoscono o riconoscono solo in parte tali ossessioni come estranee al proprio modo di pensare e alle proprie inclinazioni. Al contrario, tendono a giustificare il contenuto di queste idee, interpretandole come preoccupazioni ricorrenti e assillanti, ma riconducibili a un pericolo reale che potrebbe verificarsi in assenza delle condotte compulsive.

È verosimile quindi che la natura delle idee ossessive sia sostanzialmente differente negli ossessivi "puri" e nei pazienti borderline. Si può ipotizzare che le ossessioni nel DBP siano non già un elemento psicopatologico nucleare del disturbo, ma delle manifestazioni secondarie che potremmo definire secondo una terminologia tradizionale pseudonevrotiche, con un significato difensivo e di controllo sulle alterazioni psicopatologiche più profonde, più gravi e potenzialmente distruttive per l'integrità dell'io. È evidente che allo stato attuale dei dati questa ipotesi, che riprende concetti della psicopatologia classica, ha carattere del tutto *speculativo*, anche se è compatibile con alcune evidenze nelle esperienze cliniche. In particolare, le differenze rilevate tra i due sottogruppi, per quanto riguarda i tipi delle idee ossessive e dei comportamenti compulsivi sembrano in accordo con l'ipotesi descritta. La maggiore frequenza di ossessioni aggressive e di compulsioni di accumulo e di controllo riscontrata nel sottogruppo con DOC e DBP riflette infatti le alterazioni psicopatologiche del disturbo borderline. Questi pazienti si trovano a confrontarsi con impulsi aggressivi molto intensi che condizionano continuamente la loro condotta. La predominanza di ossessioni a contenuto aggressivo può quindi rispondere all'esigenza di disporre di un meccanismo che argini questo genere di impulsi particolarmente angosciante e difficile da controllare. Alcuni recenti studi clinici hanno inoltre indicato che le compulsioni di accumulo sono presenti nelle forme di DOC con un quadro clini-

co più grave, come quello che abbiamo riscontrato nei nostri pazienti con DBP⁴¹⁻⁴³.

Per quanto riguarda i fattori che concorrono in modo significativo e indipendente a determinare il livello di insight nei confronti delle ossessioni nel sottogruppo dei pazienti ossessivi e borderline, i risultati della regressione multipla meritano attenzione. Il livello di insight diminuisce in parallelo all'aumento della gravità dei sintomi specifici di tipo borderline e di tipo ossessivo. Quanto più le manifestazioni della patologia borderline e le idee ossessive sono gravi e disturbanti, tanto più il soggetto tende a vivere le anomalie del proprio pensiero come una produzione giustificata dagli avvenimenti reali o dai propri convincimenti. Tuttavia, in apparente contraddizione con questo dato, il livello di insight è più elevato quando la gravità del quadro clinico globale e dei sintomi d'ansia è maggiore. Una possibile interpretazione di questi risultati si basa sulle conclusioni di precedenti studi, secondo cui la perdita dell'insight eserciterebbe un ruolo protettivo nei confronti dei sintomi depressivi e d'ansia aspecificamente associati ai disturbi mentali e avrebbe quindi l'effetto di attenuare il livello complessivo di sofferenza del paziente⁴⁴⁻⁵⁴.

Si può concludere che i risultati di questo studio prospettano stimolanti ipotesi sulla psicopatologia delle alterazioni del pensiero nel DBP, ma che i dati di cui disponiamo non sono sufficienti per trarre conclusioni definitive e possono essere considerati come il punto di partenza per ulteriori e più approfondite indagini su campioni di adeguata numerosità.

Bibliografia

- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankeburg FR. *Cognitive features of borderline personality disorder*. Am J Psychiatry 1990;147:57-63.
- Dowson JH, Sussams P, Grounds AT, et al. *Associations of self-reported past "psychotic" phenomena with features of personality disorders*. Compr Psychiatry 2000;41:42-8.
- Stiglmayr CE, Ebner-Priemer UW, Bretz J, et al. *Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder*. Acta Psychiatr Scand 2008;117:139-47.
- Glaser JP, Van Os J, Thewissen V, et al. *Psychotic reactivity in borderline personality disorder*. Acta Psychiatr Scand 2010;121:125-34.
- Grootens KP, van Luijtelaaar G, Buitelaar JK, et al. *Inhibition errors in borderline personality disorder with psychotic-like symptoms*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2008 1;32:267-73.
- Broerse A, Crawford TJ, den-Boer JA. *Parsing cognition in schizophrenia using saccadic eye movements: a selective overview*. Neuropsychologia 2001;39:742-56.
- Hutton SB, Ettinger U. *The antisaccade task as a research*

- tool in psychopathology: a critical review. *Psychophysiology* 2006;43:302-13.
- 8 Turetsky BI, Calkins ME, Light GA, et al. *Neurophysiological endophenotypes of schizophrenia: the viability of selected candidate measures*. *Schizophr Bull* 2007;33:69-94.
 - 9 De La Fuente JM, Goldman S, Stanus E, et al. *Brain glucose metabolism in borderline personality disorder*. *J Psychiatr Res* 1997;31:531-41.
 - 10 Lyoo IK, Han MH, Cho DY. *A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder*. *J Affect Disord* 1998;50:235-43.
 - 11 Soloff PH, Meltzer CC, Becker C, et al. *Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder*. *Psychiatry Res* 2003;123:153-63.
 - 12 Van Elst LT, Hesslinger B, Thiel T, et al. *Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study*. *Biol Psychiatry* 2003;54:163-71.
 - 13 Tu MT, Lupien SJ, Walker CD. *Multiparity reveals the blunting effect of breastfeeding on physiological reactivity to psychological stress*. *J Neuroendocrinol* 2006;18:494-503.
 - 14 de Bruijn C, Denys D. *Post-traumatic stress disorder after life events*. *Br J Psychiatry* 2006;188:394-5.
 - 15 Hoch P, Polatin P. *Pseudoneurotic forms of schizophrenia*. *Psychiatr Q* 1948;23:248-76.
 - 16 Knight RP. *Borderline status*. In: *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology: Clinical and Theoretical Paper*. New York: International University Press 1954.
 - 17 Kernberg OF. *Neurosis, psychosis and the borderline states*. In: Kaplan HI, Feedman AM, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 3rd edn. Baltimore: William & Willkins 1980, pp. 1079-92.
 - 18 Hayashi N. *Neurotic symptoms of borderline patients: a case review study*. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 1992;94:648-81.
 - 19 Hayashi N. *Obsessive-compulsive disorder comorbid with borderline personality disorder: a long-term case study*. *Psychiatry Clin Neurosci* 1996;50:51-4.
 - 20 Brunnhuber S. *Differential-diagnosis of obsessive-compulsive symptoms in the borderline personality disorder*. *Am J Psychother* 2003;57:460-70.
 - 21 David AS. *Insight and psychosis*. *Br J Psychiatry* 1990;156:798-808.
 - 22 Solyom L, Di Nicola VF, Phil M, et al. *Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis*. *Can J Psychiatry* 1985;30:372-80.
 - 23 Insel TR, Akiskal HS. *Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis*. *Am J Psychiatry* 1986;143:1527-33.
 - 24 Türksoy N, Tükel R, Ozdemir O, et al. *Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder*. *J Anxiety Disord* 2002;16:413-23.
 - 25 Bellino S, Patria L, Ziero S, et al. *Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model*. *Psychiatry Res* 2005;136:223-31.
 - 26 Alonso P, Menchón JM, Segalàs C, et al. *Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder*. *Compr Psychiatry* 2008;49:305-12.
 - 27 Catapano F, Sperandeo R, Perris F, et al. *Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder*. *Psychopathology* 2001;34:62-8.
 - 28 Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, et al. *Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study*. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;16.
 - 29 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition - Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
 - 30 First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders (SCID)*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1997a.
 - 31 First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders Axis II (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1997b.
 - 32 Guy W. *Clinical global impression (C.G.I.)*. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Dept Health, Education, and Welfare publication (ADM) 76-338. Rockville, Md: National Institute of Mental Health 1976, pp. 218- 22.
 - 33 Hamilton M. *A rating scale for depression*. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
 - 34 Hamilton M. *The assessment of anxiety states by rating*. *Br J Med Psychology* 1959;32:50.
 - 35 Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. *Revising Axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning*. *Am J Psychiatry* 1992;149:1148-56.
 - 36 Arntz A, van den Hoorn M, Cornelis J, et al. *Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index*. *J Pers Disord* 2003;17:45-59.
 - 37 Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability*. *Arch Gen Psychiatry* 1989a;46:1006-11.
 - 38 Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity*. *Arch Gen Psychiatry* 1989b;46:1012-6.
 - 39 Neziroglu FA, McKay D, Yaryura-Tobias JA, et al. *The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder*. *Behav Res Ther* 1999;37:881-902.
 - 40 Bogetto F, Venturello S, Albert U, et al. *Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder*. *Eur Psychiatry* 1999;14:434-41.
 - 41 Samuels JF, Bienvenu OJ 3rd, Pinto A, et al. *Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from the OCD Collaborative Genetics Study*. *Behav Res Ther* 2007;45:673-86.
 - 42 Grisham JR, Brown TA, Savage CR, et al. *Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding*. *Behav Res Ther* 2007;45:1471-83.

- ⁴³ Wheaton M, Timpano KR, Lasalle-Ricci VH, et al. *Characterizing the hoarding phenotype in individuals with OCD: association with comorbidity, severity and gender.* J Anxiety Disord 2008;22:243-52.
- ⁴⁴ McGlashan TH, Carpenter WT Jr. *An investigation of the postpsychotic depressive syndrome* Am J Psychiatry 1976;133:14-9.
- ⁴⁵ Warner R, Taylor D, Powers M, et al. *Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: effects on functioning.* Am J Orthopsychiatry 1989;59:389-409.
- ⁴⁶ Amador XF, David AS. *Insight and psychosis. Awareness of illness in schizophrenia and related disorder. 2nd edn.* Oxford University Press 2004.
- ⁴⁷ Dixon AK. *Ethological strategies for defence in animals and humans: their role in some psychiatric disorders.* Br J Med Psychol 1998;71:417-45.
- ⁴⁸ Schwartz RC. *Self-awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments.* J Nerv Ment Dis 2001;189:401-3.
- ⁴⁹ Pyne JM, Bean D, Sullivan G. *Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill.* J Nerv Ment Dis 2001;189:146-53.
- ⁵⁰ Williams CC, Collins AA. *The social construction of disability in schizophrenia.* Qual Health Res 2002;12:297-309.
- ⁵¹ Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. *Insight in schizophrenia: a meta-analysis.* Schizophr Res 2003;61:75-88.
- ⁵² Drake RJ, Pickles A, Bentall RP, et al. *The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia.* Psychol Med 2004;34:285-92.
- ⁵³ Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Roe D, et al. *Insight into psychosis and quality of life.* Compr Psychiatry 2006;47:265-9.
- ⁵⁴ Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. *Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review.* Schizophr Bull 2007;33:1324-42.