

## Disturbo borderline di personalità o disturbo bipolare II? Una revisione della letteratura per andare oltre una lettura categoriale

**Brunetto De Sanctis** – Scuola di Psicoterapia Cognitiva, sede di Roma

**Niccolò Varrucciu** – Scuola di Psicoterapia Cognitiva, sede di Firenze

**Marco Saettone** – Scuola di Psicoterapia Cognitiva, sede di Grosseto; UF Salute Mentale Adulti ASL Toscana Nordovest, Lucca

**Andrea Gragnani** – Scuola di Psicoterapia Cognitiva, sede di Roma

### Riassunto

Data la sovrastima del disturbo bipolare II a scapito di una diagnosi di disturbo borderline di personalità e il conseguente rallentamento o impedimento nell'accedere a psicoterapie di provata efficacia, l'obiettivo del presente lavoro è di identificare tratti comuni e distinguerli per migliorare la sensibilità diagnostica. Questa confusione è spiegata, in parte, dall'intersezione dei criteri diagnostici esistente fra le due condizioni; molti studi hanno confermato come l'instabilità affettiva e il comportamento impulsivo sembrino essere tratti appropriati per confrontare i due disturbi. Per raggiungere l'obiettivo è stata effettuata una revisione della letteratura internazionale degli ultimi 15 anni. È emerso come questi due aspetti, pur presenti in entrambe le diagnosi, si presentino sia qualitativamente che fenomenologicamente in modo differente. Nell'instabilità affettiva risultano differenze nella velocità di cambiamento, nella reattività interpersonale, nella modulazione affettiva e valenza, per il disturbo borderline da eutimia verso ansia, depressione e rabbia mentre per il disturbo bipolare II verso euforia e depressione. All'impulsività, il disturbo borderline e il disturbo bipolare II differiscono riguardo l'impulsività cognitiva (velocità di processamento delle informazioni). Il disturbo borderline riporta impulsività da mancanza di premeditazione (non tener conto delle conseguenze) e mancanza di persistenza (problemi nel mantenersi impegnati in contesti). I risultati saranno discussi nelle conclusioni.

**Parole chiave:** *Disturbo borderline di personalità, Disturbo bipolare di tipo II, Instabilità affettiva, Impulsività, Valutazione diagnostica.*

### Abstract

**Borderline personality disorder or bipolar disorder II? A literature review which goes beyond a categorical perspective**

Considering the overestimation of bipolar II diagnosis at the expense of borderline personality disorder, and the consequent difficulty in accessing effective psychotherapeutic practice, the aim of this paper is

to identify traits considered as common in these disorders and to distinguish them in order to improve diagnostic sensitivity. The confusion is explained by the diagnostic overshadowing between these disorders; several studies have confirmed how affective instability and impulsive behaviour seem to be appropriate traits to compare these two disorders.

For this purpose a revision of international literature from the last 15 years was carried out. Affectivity shows differences in speed of change, interpersonal responsiveness, affective modulation and valence, for borderline personality disorder from euthymic to anxiety, depression and anger whilst for bipolar disorder II from euthymic to depression to elevation. Compared to impulsivity, borderline personality disorder and bipolar disorder II differ in cognitive impulsivity (information processing speed); borderline personality disorder reported a lack of premeditation (no consideration of consequences) and a lack of persistence (problems remaining engaged in settings). Results will be discussed in the conclusion section.

---

**Keywords:** *Borderline personality disorder, Bipolar disorder type II, Affective instability, Impulsivity, Assessment.*

## INTRODUZIONE

Fra i quadri psicopatologici che più spesso si sovrappongono troviamo il disturbo bipolare e il disturbo borderline di personalità. Ancora oggi, nonostante l'incremento della ricerca, la letteratura internazionale non è riuscita a chiarire il rapporto fra questi due disturbi, soprattutto se prendiamo in considerazione il disturbo bipolare II (Bayes, Parker, & Fletcher, 2014; Bolton & Gunderson, 1996), che in assenza di fasi francamente maniacali, ma con frequenti aspetti di impulsività e reattività emozionale, viene spesso confuso appunto con il disturbo borderline di personalità, soprattutto per elementi come impulsività, umore instabile, rabbia incongrua alla situazione, elevato rischio suicidario e relazioni affettive instabili (Gunderson et al., 2006). Inoltre i cambiamenti d'umore (*affect storms*) caratteristici del disturbo borderline di personalità possono a volte ricordare la ciclotimia mentre i sintomi residui inter-episodici nel disturbo bipolare II, come la disforia, possono far orientare il clinico verso un quadro di disturbo borderline di personalità (Ruggero, Zimmerman, Chelminski, & Young, 2010; Zimmerman, Ruggero, Chelminski, & Young, 2010; Kernberg & Yeomans, 2013; Bayes et al., 2014).

In un recente studio multinazionale di Perugi e colleghi (2013), è stata riscontrata una significativa connessione fra il disturbo borderline di personalità e il disturbo bipolare in un campione di 5635 pazienti con episodio depressivo maggiore: fra questi, il 9,3% (532 soggetti) soddisfaceva i criteri per il disturbo borderline di personalità.

La diagnosi di disturbo bipolare è risultata più frequente in questo sottogruppo che, inoltre, mostrava rispetto agli altri pazienti depressi: minore età, esordio psicopatologico più precoce, episodi di ipomania o mania più frequenti nei parenti di primo grado, maggiore comorbilità psichiatrica, più frequenti stati misti, tentativi di suicidio, sintomi psicotici, switch in fase espansiva indotti da antidepressivi e maggiori caratteristiche di stagionalità.

Queste osservazioni hanno portato gli autori a concludere che esisterebbe una stretta connessione fra disturbo borderline di personalità e disturbo bipolare, confermata in particolare dal fatto che i parenti di primo grado dei pazienti con disturbo bipolare e disturbo

borderline di personalità in comorbilità presentavano un tasso statisticamente maggiore di sintomi ipo-maniacali, in confronto a quelli di pazienti senza comorbilità.

Tali conclusioni non prendono però in considerazione i differenti stati mentali che caratterizzano i due disturbi e anche la significativa diversità di risposta alle terapie farmacologiche; inoltre le aree di sovrapposizione sintomatologica come irritabilità, rabbia e comportamenti impulsivi sono spiegate come un riflesso di sintomi ipomaniacali che si verificano durante gli episodi depressivi, a configurare quindi degli stati misti. Detto in altri termini, parrebbe che gli elementi di disregolazione emotiva che caratterizzano il disturbo borderline di personalità siano solo espressione di stati depressivi misti.

Gli stati mentali raccontano invece una storia molto diversa. Ben delineati risultano quelli del disturbo borderline, con marcate difficoltà nell'identificazione e nell'integrazione di stati mentali problematici, con conseguente riduzione delle esperienze personali di soddisfazione. In certe situazioni i pazienti con questo quadro clinico si percepiscono come totalmente inadeguati, fragili o sbagliati e mettono in atto molti tentativi di soluzione per modificare la loro condizione, senza mai riuscire. La disintegrazione dei loro stati mentali fa sì che possano passare da una condizione di vittima, in cui i loro diritti non sono rispettati e le loro aspettative non soddisfatte a uno stato maggiormente persecutorio, in cui rivendicano ciò che gli spetta con comportamenti eteroaggressivi piuttosto marcati.

Per quanto riguarda il disturbo bipolare, lo stato mentale che più caratterizza gli episodi di eccitazione maniacale e ipomaniacale è quello della potenzialità personale, colorato dalle emozioni di euforia e irritabilità. A differenza della contentezza, l'euforia non è legata alla scoperta di un bene, ma della potenzialità di un bene, senza però la rappresentazione di un'adeguata strada di realizzazione concreta e, spesso, senza la rappresentazione chiara del bene stesso. Nonostante presenti gli stessi sintomi, l'alterazione patologica dell'umore si differenzia dalla reazione euforica normale per durata e quantità, tanto da poter arrivare al delirio paranoico e di grandezza. Non accettando la perdita che il passaggio dalla potenzialità all'atto comporta, chi soffre d'ipomaniacalità e maniacalità non riesce a uscire dallo stato di potenzialità (e spesso non vuole) e cerca di mantenere lo stato positivo alimentandolo continuamente, passando dalla normalità alla patologia (Mancini & Rainone, 2008a).

Molti studi sono arrivati a conclusioni diametralmente opposte circa il rapporto fra il disturbo bipolare e disturbo borderline di personalità. Alcuni ricercatori considerano il disturbo borderline di personalità come una versione a cicli ultra rapidi (entro le 48 ore) del disturbo bipolare (Magill, 2004; Akiskal, 2004; Smith, Muir, & Blackwood 2004; Mackinnon & Pies, 2006; Joyce, Light, & Rowe, 2007), mentre altri hanno ipotizzato una relazione modesta o addirittura nulla fra i due quadri, (Koenigsberg et al., 2002; George, Miklowitz, Richards, Simoneau, & Taylor, 2003; Gunderson et al., 2006; Paris, 2007; Gunderson, 2007; Wilson et al, 2007).

L'unico dato abbastanza confermato in letteratura è quello sulla comorbilità fra queste condizioni psicopatologiche, che si aggira intorno al 29,0% nel disturbo bipolare I e al 24,0% nel disturbo bipolare II (McDermid et al., 2015).

Già nei lontani anni Settanta e Ottanta Kernberg testimoniava come circa il 50% dei pazienti che entravano nel suo dipartimento con la diagnosi di disturbo bipolare o depres-

sione maggiore si rivelassero in realtà affetti da un disturbo della personalità, soprattutto di tipo borderline (Kernberg 1975; 1984).

La difficoltà diagnostica e l'influenza fra questi due quadri clinici sembra essere confermata da Deltito et al. (2001), i quali sottolineano come una percentuale variabile dal 44% all'81% dei pazienti diagnosticati con disturbo borderline di personalità appartenga in realtà allo spettro bipolare. Peraltro l'instabilità affettiva e la disregolazione emotiva, centrali in entrambi i disturbi, sembrerebbero avere natura e decorso completamente differenti (Henri et al., 2001) e diversi studi hanno confermato come l'instabilità affettiva e il comportamento impulsivo sembrino essere tratti appropriati per confrontare i due disturbi.

L'instabilità affettiva è esplicitamente inclusa come criterio per la personalità borderline, mentre la «labilità autonomica», incluso un elevato livello di sensibilità interpersonale e un basso livello di stabilità emotiva, è stato suggerito come valido antecedente di depressione unipolare e disturbo bipolare (Clayton, Ernst, & Angst, 1994; Lauer et al., 1997). Rispetto all'instabilità affettiva, risulta comunque utile sottolineare come in letteratura tale termine sia utilizzato in modo intercambiabile con altri, come labilità affettiva e disregolazione emotiva. Nella pratica clinica è invece importante distinguere questi termini da un punto di vista sia clinico sia fenomenologico (Leblanc et al., 2016).

La maggior parte dei dati presenti in letteratura suggeriscono che il disturbo bipolare II sarebbe caratterizzato da frequenti episodi autonomi non reattivi all'ambiente (Koenigsberg, 2010), mentre altri riportano un importante ruolo della cognizione sociale (Bauer et al., 2014). Per quanto riguarda il disturbo borderline di personalità, è acclarato come i sintomi siano solitamente reattivi e innescati da fattori psicologici ed eventi interpersonali salienti, come frustrazione, rifiuto o senso di abbandono (World Health Organization, 1992; Meares, Gerull, Stevenson, & Korner, 2011). Inoltre, i pazienti borderline e bipolari di tipo II mostrano spesso comportamenti suicidari sostenuti da uno scarso controllo degli impulsi, indice di come l'impulsività debba essere studiata approfonditamente in entrambi i quadri (Rhimer, 2007). Nonostante il livello di sovrapposizione sembri essere così elevato, altri studi evidenziano delle differenze che risultano di grande aiuto nel processo diagnostico e perciò di cura (Leblanc et al., 2016). In merito all'esordio i dati mostrano come il disturbo bipolare sia raro nell'infanzia, con un esordio medio in tarda adolescenza o prima età adulta (Distel et al., 2008; Luby & Navsaria, 2010) che rappresenta un distinto cambiamento del funzionamento della persona (Möller & Curtis, 2007). Al contrario, non c'è un esordio ben definito nel disturbo borderline di personalità, con un'affettività negativa che esordisce precocemente (Lewinsohn, Seeley, & Klein, 2003) e, come riportato dai pazienti, uno stato depressivo che «dura da tutta la vita» (World Health Organisation, 1992).

Riguardo ai fattori di rischio il disturbo borderline di personalità risulta associato a un trauma sessuale nel 40-70% dei casi (Barroilhet, Vöhringer, & Ghaemi, 2013) contro il 20-40% del disturbo bipolare II (Barroilhet et al., 2013; Romero et al., 2009). Inoltre, la letteratura riporta un'elevata presenza di disturbo bipolare o disturbo depressivo maggiore nei parenti di primo grado di persone con disturbo bipolare e un'elevata comorbilità di disturbi del controllo degli impulsi (antisociale o abuso di sostanze) o depressione unipolare nei familiari di persone con disturbo borderline di personalità (Barroilhet et al., 2013). I comportamenti autolesivi (50-80%) e i problemi d'identità sono sovra-rappresentati in

persone con disturbo borderline di personalità (Barroilhet et al., 2013), in linea con la frequente compromissione dell’autoimmagine in questo tipo di persone.

Infine, il livello d’ansia durante gli stati d’elevazione dell’umore, centrale nel processo diagnostico, tende a diminuire o addirittura scomparire nel disturbo bipolare II, mentre mostra una crescita nel disturbo borderline di personalità (Bayes et al., 2014).

Anche negli elementi nucleari dei due disturbi sembrano esserci alcune differenze, legate soprattutto alla specificità; Gunderson et al. (2006) e Benazzi (2008) hanno infatti concluso che soltanto l’instabilità affettiva sarebbe un fattore di congiunzione tra i due quadri, mentre l’impulsività potrebbe essere un fattore essenziale del disturbo borderline di personalità.

L’obiettivo di questo lavoro è riprendere e analizzare le aree di sovrapposizione sintomatologica fra il disturbo bipolare II e il disturbo borderline di personalità per individuare le peculiarità di uno e dell’altro disturbo nella parte di fenomenica psicopatologica comune. A tale fine è stata condotta una revisione della letteratura, includendo nelle analisi i lavori che hanno analizzato l’instabilità affettiva e l’impulsività tramite l’utilizzo di scale validate, confrontando su questi specifici temi soggetti con diagnosi di disturbo bipolare II e disturbo borderline di personalità. L’aspettativa è quella di poter chiarire e specificare le differenze tra le aree di sovrapposizione sintomatica al fine di poter aiutare il clinico ad avere una maggiore accuratezza diagnostica e di conseguenza una migliore scelta d’interventi, sia farmacologici sia psicoterapeutici, il più possibile specifici ed efficaci.

## MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione della letteratura degli ultimi 15 anni. La ricerca degli articoli è stata condotta attraverso i motori presenti su Pubmed, Medline e Cochrane Library. Le parole chiave utilizzate sono state borderline personality disorder, bipolar disorder, affective, impulsivity. Sono emersi 43 lavori e di questi sono stati scelti quelli basati su confronti fra gruppi clinici e di controllo e che hanno utilizzato test di valutazione specifici per gli ambiti di interesse dei quesiti di questo lavoro, ovvero le aree dell’instabilità affettiva (e in seguito specificheremo i diversi aspetti di questo costrutto) e dell’impulsività, che abbiamo evidenziato nell’introduzione come principali dimensioni comuni fra i due disturbi.

Sono quindi stati analizzati 7 studi: 3 per l’instabilità affettiva (Tabella 1) e 4 per l’impulsività (Tabella 2).

Le scale di valutazione prese in considerazione nelle ricerche da noi selezionate nella valutazione dell’instabilità affettiva sono:

- La *Affective Lability Scale* (ALS; Harvey, Greenberg, & Serper, 1989), un self-report di 54 item, valuta la percezione soggettiva della tendenza al cambiamento da uno stato eutimico verso altri stati emotivi (rabbia, depressione, euforia, ansia), oltreché la tendenza all’oscillazione da stati di depressione-euforia a stati di ansia-depressione.
- La *Affective Intensity Measure* (AIM; Larsen, & Diener, 1985; Larsen, Diener, & Emmons et al., 1986) valuta attraverso 40 item la frequenza nell’intensità di risposta

a uno stimolo emotivo positivo (euforia/esuberanza, contentezza, gioia, entusiasmo e felicità) o negativo (colpa, ansia, distress emotivo, rabbia e tristezza).

- La *Affective Lability Interview for Borderline Personality Disorder* (ALI-BPD; Reich, Zanarini, & Fitzmaurice, 2012) è uno strumento etero-somministrato composto da otto item che valuta la labilità affettiva per il periodo di una settimana. Gli item misurano otto diverse dimensioni della labilità affettiva: (1) eutimia-euforia, (2) eutimia-depressione, (3) la depressione-euforia, (4) euforia-depressione, (5) eutimia-ansia, (6) eutimia-rabbia, (7) la depressione-ansia, e (8) ansia-depressione. Ogni elemento è valutato attraverso frequenza e intensità.
- La *Affective Lability Questionnaire for Borderline Personality Disorder* (ALQ-BPD; Reich, Zanarini, Hopwood, Thomas, Fitzmaurice, 2014) è una scala composta da 10 item che misurano l'instabilità affettiva nella settimana appena trascorsa dal giorno della valutazione. I primi nove item misurano i cambiamenti nell'instabilità affettiva nelle seguenti dimensioni: (1) eutimia-depressione, (2) eutimia-rabbia, (3) eutimia-ansia, (4) depressione-ansia, (5) ansia-depressione, (6) rabbia-depressione, (7) depressione-rabbia, (8) rabbia-ansia e (9) ansia-rabbia. Per ogni item si valuta la frequenza e l'intensità del cambiamento. L'ultimo item valuta se il cambio affettivo è stato reattivo a una dinamica relazionale.

Le scale di valutazione per l'impulsività sono:

- Il *Buss-Durkee Hostility Inventory* (BDHI; Buss & Durkee, 1957), un questionario autosomministrato di 75 item progettato per misurare alcuni aspetti dell'ostilità. La scala contiene 7 sottoscale più un sottoscala aggiuntiva sulla Colpa che non è inclusa nel punteggio totale.
- La *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-7B; Barratt, 1965), che valuta quattro aspetti dell'impulsività: velocità di risposta cognitiva, mancanza di controllo degli impulsi, estroversione e assunzione di rischi.
- La *Barratt impulsivity Scale* (BIS-11; Barratt, 1994), un questionario di 30 item autosomministrato che valuta l'impulsività attentiva, l'impulsività motoria e l'impulsività da non pianificazione.
- Il *Continuos Performance Test II* (CPT II; Conners, 2000) usato nella valutazione dell'attenzione e dell'impulsività e composto da vari indici: omissioni, mancata risposta stimolo target; commissioni, risposta a stimolo non target; tempi di reazione, tempo medio di risposta nei blocchi del test; attenzione, capacità di discriminare tra target e non-target; perseverazioni e risposte non collegate allo stimolo.
- La *Urgency, Lack of Premeditation, Lack of Perseverance, and Sensation Seeking – UPPS*, test composto da 45 item divisi in 4 sotto-scale (Whiteside & Lynam, 2001): Urgenza, ovvero la tendenza ad agire impulsivamente quando si sperimentano emozioni negative; mancanza di Premeditazione, ovvero la difficoltà che si ha nel riflettere opportunamente sulle conseguenze di alcuni comportamenti prima di agirli; mancanza di Perseverazione, ovvero la difficoltà di rimanere focalizzato su di un compito; Sensation seeking, ovvero la tendenza a coinvolgersi in azioni eccitanti, nuove e potenzialmente pericolose. Quindi, il primo gruppo di scale si pone l'obiettivo di valutare la dimensione

affettiva, nello specifico i cambiamenti da uno stato di base verso uno specifico vissuto emotivo. Il secondo gruppo di scale, invece, va a valutare il tratto dell’impulsività, nello specifico le sue componenti fondanti, con una specifica di presenza o meno di queste.

## RISULTATI DELL’INSTABILITÀ AFFETTIVA

Come già accennato nell’introduzione, con instabilità affettiva s’intende un costrutto ampiamente descritto nella letteratura psicopatologica ma con una mancanza di univocità sulla sua definizione terminologica (Links, Eynan, Heisel, & Nisenbaum, 2008; Trull et al., 2008). Per tali motivi, nella nostra argomentazione riprendiamo un lavoro di Renaud e Zacchia (2012), e faremo riferimento alle dimensioni da loro individuate e riassunte nella Tabella 3. Il nostro intento è distinguere l’instabilità affettiva da quella che possiamo definire labilità emotiva (molto presente nel disturbo borderline di personalità e nelle fasi di *switch* di un disturbo bipolare) e dalla cosiddetta disregolazione emotiva patognomonica per molti autori dei quadri borderline.

Per labilità emotiva s’intende un tratto che predispone verso un marcato e rapido cambiamento di uno stato affettivo. Tale cambiamento risulta attivato da un’estrema sensibilità ad alcuni stimoli ambientali che in individui normali inducono solo una modesta risposta emotiva (Davidson, 1998; Gelfand, 1980). In altri termini, ci si riferisce a un’estrema facilità e rapidità di passaggio su di un continuum emotivo, per esempio da gioia a tristezza quando un’informazione, una notizia o una scena di un film produce tale attivazione. Questa labilità predispone verso un’estrema facilità di cambiamento dello stato d’animo, cui non corrispondono tutte quelle alterazioni neurovegetative dell’instabilità affettiva. La disregolazione emotiva è considerata come un breve cambiamento nell’umore caratterizzato da una temporanea instabilità, intensità elevata e un lento recupero dalla disfonia (Koenigsberg, 2010; Gunderson, 2011).

Secondo Renaud e Zacchia (2012), per instabilità affettiva si può intendere un tratto temperamentale, un complesso costrutto multifattoriale comprendente cinque dimensioni: la prima è la valenza affettiva, che può essere positiva come nella gioia o l’orgoglio, o negativa come nella tristezza o nella rabbia. La seconda è l’ampiezza affettiva, ovvero l’intensità che può raggiungere lo stato affettivo. La terza è la velocità dei cambiamenti affettivi e la ciclicità, in altre parole il tempo necessario perché avvenga un cambio affettivo e la sua permanenza. La quarta è la dinamica della reattività a stimoli socio-interpersonali. La quinta è la modulazione discontrollata dell’affettività, afferibile a un deficit nella capacità di modulare l’affettività con conseguente disregolazione delle emozioni, rapidi cambi e abnorme espressione.

Il primo dei lavori selezionati (Tabella 1) che analizza l’instabilità affettiva è quello di Henry et al. (2001). In questo lavoro l’instabilità affettiva è definita come labilità affettiva che include alti livelli di sensibilità interpersonale e bassi livelli di stabilità emozionale secondo i criteri di Clayton, Ernst e Angst (1994) e Lauer e colleghi (1997). L’instabilità affettiva è risultata un tratto condiviso da entrambe le diagnosi ma con pattern sintomatologico differente. I risultati inerenti alla somministrazione della *Affect Lability Scale* hanno evidenziato, per il gruppo dei soggetti con disturbo borderline, punteggi totali più alti, un

più alto punteggio nella rabbia e un'alta tendenza (quasi significativa) nell'ansia. Inoltre il gruppo disturbo borderline ha riportato maggiori cambi emotivi dall'eutimia alla rabbia e all'ansia. Al contrario, il gruppo con disturbo bipolare II ha avuto punteggi più alti nella depressione ed euforia e cambi emotivi dall'eutimia alla depressione e all'euforia. Alla scala *Affective Intensity Measure* il gruppo con disturbo borderline è risultato significativamente maggiore rispetto al disturbo bipolare II nel punteggio totale, punteggio che dà un'indicazione generale del livello di intensità esperita.

Il secondo lavoro è quello di Reich, Zanarini e Hopwood (2012). Rispetto all'*Affect Lability Scale* sono risultati un maggior numero di cambi emotivi nel gruppo dei borderline tra ansia e depressione, mentre il gruppo dei bipolar II ha mostrato shift più frequenti tra eutimia ed euforia, con un trend significativo tra depressione ed euforia. Analizzando il punteggio totale della *Affective Intensity Measure* il gruppo con disturbo bipolare II è risultato significativamente più alto rispetto ai soggetti borderline, a differenza dello studio precedente. Gli autori imputano tali dati a differenze metodologiche tra i due lavori. La media delle emozioni positive del gruppo bipolare è risultata doppia, mentre la media delle emozioni negative non differiva tra i due gruppi. Considerando i punteggi della *Affective Lability Interview for Borderline Personality Disorder*, il gruppo con funzionamento borderline ha ottenuto un punteggio significativamente maggiore nel totale e nelle sotto scale di frequenza e intensità rispetto all'altro gruppo. Analizzando gli item e differenziando per patologia, il gruppo dei bipolar II ha ottenuto punteggi significativi nei cambi da eutimia-euforia e depressione-euforia. D'altra parte i soggetti borderline hanno ottenuto cambi più frequenti da eutimia-rabbia, depressione-ansia, ansia-depressione. Lo stesso strumento, per la dimensione intensità, ha evidenziato per il gruppo di bipolar II una maggiore intensità nei cambi depressione-euforia ed eutimia-euforia, mentre, per i soggetti borderline una maggiore intensità nei cambi eutimia-ansia, eutimia-rabbia, depressione-ansia e ansia-depressione. Questo lavoro mette in risalto le differenze qualitative della labilità affettiva (considerata come sinonimo rispetto all'instabilità affettiva) nelle due diagnosi.

L'ultimo studio selezionato (Reich et al., 2014) ha evidenziato, considerando i punteggi alla *Affective Lability Questionnaire for Borderline Personality Disorder*, come i soggetti con elevati tratti borderline riportino cambi affettivi più frequenti in sette delle nove dimensioni: (1) eutimia-depressione, (2) eutimia-rabbia, (3) eutimia-ansia, (4) depressione-ansia, (5) ansia-depressione, (6) rabbia-depressione, (7) depressione-rabbia. Tra questi solo due raggiungevano un livello statisticamente significativo per il criterio intensità: eutimia-depressione e ansia-depressione. I soggetti con tratti bipolar di tipo II non hanno riportato nessun frequente cambio di umore in nessuna delle nove dimensioni. Per quanto riguarda la dimensione frequenza, il gruppo con tratti borderline riportava cambi emotivi che andavano da un minimo di un cambio per settimana a più cambi al giorno, mentre i soggetti con tratti bipolar riportavano almeno un cambio a settimana. I totali, sia della frequenza che dell'intensità, sono risultati significativamente più alti per il gruppo con tratti borderline. Rispetto all'item relativo alla reattività relazionale è emerso che il gruppo borderline aveva il 50% di attivatori interpersonali rispetto al 25% del gruppo con tratti di bipolar di tipo II. Anche in questo studio emergono chiare differenze qualitative e quantitative nell'instabilità affettiva afferente ai disturbi oggetto di studio.

Concludendo, gli studi sopra citati mettono in evidenza come tra le due categorie diagnostiche vi siano delle differenze nella valenza affettiva, nella velocità di cambiamento, nella reattività interpersonale e nella modulazione affettiva. Per la valenza affettiva, nel disturbo bipolare II risulta essere presente una variazione essenzialmente legata a transizioni da eutimia verso depressione o euforia. D'altra parte nel disturbo borderline di personalità vi è la presenza di variazione affettive da uno stato di eutimia ad ansia, depressione e rabbia. Per la velocità di cambiamento nel disturbo borderline vi è una maggior velocità di cambiamento dell'affettività, che si attiva in pochi minuti e può durare qualche ora, fino a qualche giorno. D'altra parte nel bipolare II, l'attivazione avviene in alcune ore e può durare fino a qualche settimana.

Riguardo alla reattività interpersonale, nel disturbo borderline l'attivazione è essenzialmente legata alle relazioni interpersonali. Infine rispetto alla modulazione affettiva, questa nel quadro borderline è collegata a una disregolazione costante. Diversamente, il bipolare II in fase eutimica risulta aver una labilità emotiva.

**Tabella 1** – Caratteristiche degli studi inclusi nell'analisi dell'instabilità affettiva

PRIMO AUTORE/ ANNO	GRUPPO CLINICO	MEDIA ETÀ PARTECIPANTI	SETTING DELLO STUDIO	DEFINIZIONE INSTABILITÀ AFFETTIVA	STRUMENTI DI MISURAZIONE
<b>HENRY et al., 2001</b>	29 disturbo di personalità borderline; 14 disturbo bipolare II; 12 disturbo di personalità borderline e disturbo bipolare II; 93 non hanno soddisfatto i criteri	disturbo di personalità borderline <i>M: 32,3; DS: 7,47;</i> disturbo bipolare II <i>M: 42,6; DS: 11;</i> disturbo di personalità borderline e Disturbo bipolare II <i>M: 39,2; DS: 10,1;</i> non soddisfatti I criteri <i>M: 39; DS: 10,61</i>	pazienti non ricoverati in regime ambulatoriale. 14 giorni di assenza di farmaci	instabilità affettiva considerate come labilità affettiva (Clayton et al., 1994; Lauer et al., 1997)	<i>Affective Lability Scale;</i> <i>Affective Intensity Measure</i>
<b>REICH et al., 2012</b>	29 disturbo di personalità borderline; 25 disturbo bipolare II	disturbo di personalità borderline <i>M: 31,7;</i> disturbo bipolare II <i>M: 33,4</i> intero campione composto da donne	pazienti in ricovero, in regime ambulatoriale e provenienti da attività private; tutti sotto trattamento farmacologico	instabilità affettiva di Koenigsberg (2010)	<i>Affective Lability Scale;</i> <i>Affective Intensity Measure;</i> <i>Affective Lability Interview for Borderline Personality Disorder</i>

PRIMO AUTORE/ ANNO	GRUPPO CLINICO	MEDIA ETÀ PARTECIPANTI	SETTING DELLO STUDIO	DEFINIZIONE INSTABILITÀ AFFETTIVA	STRUMENTI DI MISURAZIONE
REICH et al., 2014	21 elevati tratti di mania; 30 con elevate tratti di disturbo di personalità borderline	tratti di mania: <i>M</i> : 19,4; tratti disturbo di personalità borderline: <i>M</i> : 19,3	studenti universitari con elevati tratti di mania e di disturbo di personalità borderline	instabilità affettiva di Koenigsberg, (2010)	<i>Affective Lability Questionnaire for Borderline Personality Disorder</i>

## RISULTATI DELL'IMPULSIVITÀ

L'impulsività è un'entità clinica complessa e multifattoriale divisibile in diversi sottotipi (Evenden, 1999). Alcuni autori distinguono l'impulsività funzionale (considerata come reazione rapida in caso di emergenza) e impulsività disfunzionale (Dickman, 1990). Tuttavia, al fine di non confondere impulsività e tempestività, si prenderà in considerazione soprattutto la connotazione negativa dell'impulsività. Un'altra distinzione importante è tra quella di tratto e di stato. Il tratto impulsivo si riferisce alle caratteristiche di personalità (Eysenck e Eysenck, 1978), mentre lo stato impulsivo è più circostanziato e specifico per una determinata situazione (Moeller et al., 2001). L'impulsività di tratto influenza negativamente le funzioni esecutive (pianificazione, organizzazione, ragionamento, inibizione e flessibilità) e compromette la capacità di mantenere un certo ritmo nell'elaborazione delle informazioni (Hollander e Stein, 1995). In generale, l'impulsività può essere descritta come una predisposizione nell'avere delle reazioni rapide e non pianificate verso stimoli interni o esterni, con una diminuzione della considerazione verso le conseguenze negative sia verso se stessi che verso l'altro (Evenden, 1999; Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001).

Anche per la dimensione dell'impulsività il primo dei lavori selezionati (Tabella 2) è quello di Henry e colleghi (2001). Qui il gruppo con disturbo borderline di personalità ha mostrato punteggi statisticamente significativi per l'impulsività alla *Barratt Impulsiveness Scale* e per l'aggressività al *Buss-Durkee Hostility Inventory*.

Il secondo studio analizzato è quello di Wilson e colleghi (2007). Nel *Buss-Durkee Hostility Inventory*, i soggetti con Disturbo Borderline di Personalità hanno riportato maggior ostilità rispetto ai soggetti con disturbo bipolare II. I post-hoc nel *Barratt impulsivity Scale* rispetto alle tre sottoscale impulsività attentiva, impulsività motoria e impulsività da non pianificazione hanno evidenziato come i soggetti con disturbo borderline riportino punteggi più alti nell'impulsività da non pianificazione rispetto al disturbo bipolare II, e i soggetti con disturbo bipolare II una significativa associazione rispetto all'impulsività attentiva. L'impulsività motoria è risultata associata a entrambi i gruppi, anche se i valori del gruppo Disturbo Borderline di Personalità sono risultati maggiori. Patton, Stanford, e

Barratt (1995) hanno derivato le tre sottoscale del *Barratt impulsivity Scale* da un'analisi fattoriale, declinandole poi nelle seguenti sotto-componenti: impulsività attentiva (instabilità cognitiva e attentiva), impulsività motoria (perseverazione e instabilità motoria) e impulsività da non pianificazione (self-control e complessità cognitiva). Quindi, rispetto alla definizione di Patton e colleghi emerge (in base allo studio di Wilson et al., 2007) che i soggetti con disturbo bipolare II, avendo alti punteggi d'impulsività attentiva, riportano mancanza di abilità nel focalizzarsi su un compito e tendenza alla distraibilità, aspetto compatibile con tale diagnosi. I soggetti borderline, avendo alti punteggi all'impulsività da non pianificazione, hanno difficoltà a pianificare in modo adeguato e a riflettere sulle conseguenze dei loro atti, aspetto compatibile con tale diagnosi soprattutto relativamente a comportamenti impulsivi e gesti auto-lesivi. Rispetto all'impulsività motoria si evidenzia una componente disinibitoria, aspetto predisponente verso comportamenti problematico-distruttivi in entrambe le diagnosi (Hirshfeld-Becker, Biederman, & Calltharp, 2003). Gli autori concludono lo studio mettendo in risalto i profili di diversità e di sovrapposizione dell'impulsività all'interno dei due quadri psicopatologici e come ciò possa complicare la fase diagnostica. Tale sovrapposizione si riferisce all'impulsività motoria che può portare a comportamenti autodistruttivi e aumentare il rischio suicidario e i gesti autolesivi.

Nel successivo lavoro di Feliu-Soler e colleghi (2013) preso da noi in considerazione, si è evidenziato come in entrambe le diagnosi siano presenti deficit di attenzione e d'impulsività, seppur in modo differente. La velocità di processamento delle informazioni sembra essere la caratteristica dirimente: il gruppo con disturbo di personalità borderline ha riportato una velocità significativamente maggiore rispetto a quello con disturbo bipolare II, anche se in entrambi i gruppi ci sono stati ampi errori di commissione e perseverazione. Gli autori concludono che nel gruppo con disturbo borderline la maggiore velocità di processamento dello stimolo potrebbe inficiare l'abilità di discriminazione e risultare in scelte impulsive, compatibili anche con i sopraccitati deficit di attenzione selettiva. Dall'altra parte i soggetti con disturbo bipolare II mostrano deficit di attenzione sostenuta, compatibili con la ridotta velocità di elaborazione dello stimolo.

Anche Bøen e colleghi (2015) hanno valutato alcuni aspetti dell'impulsività utilizzando la scala UPPS (urgenza, mancanza di premeditazione, mancanza di perseverazione e sensation seeking). Per quanto riguarda i soggetti con disturbo di personalità borderline, i risultati evidenziano punteggi significativamente più alti alle sottoscale urgenza e mancanza di perseverazione dell'UPPS rispetto al disturbo bipolare II e punteggi significativamente più alti alla sottoscala mancanza di premeditazione rispetto ai controlli non clinici. Il gruppo con disturbo bipolare II ha riportato punteggi significativamente più alti alle sottoscale Urgenza e mancanza di perseverazione soltanto rispetto ai controlli non clinici. In aggiunta gli autori mettono in risalto come nel disturbo borderline l'impulsività non sia correlata né con l'umore, né con esperienze evolutive negative (trascuratezza e abuso emotivo), al contrario del quadro disturbo bipolare II, che la vede correlate con sintomi depressivi e con esperienze evolutive negative. Il dato nucleare di questo studio è la forte associazione fra impulsività e disturbo borderline, al di là dello stato emotivo che il soggetto sta sperimentando. La mancanza di premeditazione sembrerebbe riflettere una disfunzione del decision-making, risultante in una difficoltà nel riflettere in modo efficace

sulle conseguenze di agiti impulsivi (autolesionismo, abuso di sostanze, promiscuità). La mancanza di perseveranza sembrerebbe trasversale a vari problemi clinici, come l'aderenza al trattamento o i problemi nell'ambito occupazionale. Nel disturbo bipolare II può essere correlata all'umore depresso e contribuire a un abbassamento del funzionamento psico-sociale, aspetto che non deve essere considerato però permanente. Nulla è emerso rispetto al sensation seeking, in quanto tale scala identifica comportamenti orientati a provare eccitazione e non con lo scopo di diminuire emozioni negative. Bøen e colleghi (2015) evidenziano come in entrambi i profili psicopatologici si evidenzino delle zone di sovrapposizione come l'Urgenza e delle zone di separazione qualitativa e quantitativa sintomatica: per il disturbo borderline mancanza di perseverazione e di premeditazione, mentre per il disturbo bipolare II mancanza di perseverazione.

Riassumendo i dati emersi, anche in questo contesto l'impulsività si manifesta attraverso delle sfumature differenti nei due quadri psicopatologici. Le differenze principali risultano a carico dell'impulsività cognitiva, nella mancanza di premeditazione e mancanza di perseverazione. Nell'impulsività cognitiva, il disturbo borderline di personalità riporta una maggiore velocità di processamento, malfunzionamenti delle funzioni esecutive e attenzione selettiva. Diversamente il disturbo bipolare tipo II, mostra un'impulsività cognitiva relativa a mancanza di concentrazione, elevata distraibilità e la presenza di numerosi pensieri disorganizzati, con malfunzionamento dell'attenzione focalizzata. Inoltre, il quadro borderline di personalità riporta anche una mancanza di premeditazione, nel suo profilo d'impulsività. Tale aspetto comporta una difficoltà nel riflettere sulle conseguenze di alcune loro scelte e di conseguenza difficoltà nell'elaborare strategie alternative. Infine, seppur entrambi i disturbi riportino una mancanza di persistenza, il disturbo borderline mostra questa caratteristica in modo quasi permanente a differenza del bipolare II in cui risulta presente in modo dipendente dall'umore in corso.

**Tabella 2** – Caratteristiche degli studi inclusi nell'analisi dell'impulsività

PRIMO AUTORE/ ANNO	GRUPPO CLINICO	MEDIA ETÀ PARTECIPANTI	SETTING DELLO STUDIO	DEFINIZIONE IMPULSIVITÀ	STRUMENTI DI MISURAZIONE
<b>HENRY et al., 2001</b>	29 disturbo di personalità borderline; 14 disturbo bipolare II; 12 disturbo di personalità borderline, disturbo bipolare II; 93 non hanno soddisfatto i criteri	disturbo di personalità borderline <i>M</i> : 32,3; <i>DS</i> : 7,47; disturbo bipolare II <i>M</i> : 42,6; <i>DS</i> : 11; disturbo di personalità borderline e disturbo bipolare II <i>M</i> : 39,2; <i>DS</i> : 10,1; non soddisfatti i criteri <i>M</i> : 39; <i>DS</i> : 10,61	pazienti non ricoverati in regime ambulatoriale; 14 giorni di assenza di farmaci	definizione di Barratt	<i>Buss-Durkee Hostility Inventory; Barratt Impulsiveness Scale 7B</i>

PRIMO AUTORE/ ANNO	GRUPPO CLINICO	MEDIA ETÀ PARTECIPANTI	SETTING DELLO STUDIO	DEFINIZIONE IMPULSIVITÀ	STRUMENTI DI MISURAZIONE
<b>WILSON et al., 2007</b>	72 depressione + disturbo di personalità borderline; 71 depressione senza disturbo asse II; 15 disturbo bipolare II + disturbo di personalità borderline; 15 disturbo bipolare II senza disturbo asse II	depressione + disturbo di personalità borderline <i>M</i> : 32,4; <i>DS</i> : 8,8; depressione senza disturbo asse II <i>M</i> : 38,0; <i>DS</i> : 10,5; disturbo bipolare II + disturbo di personalità borderline <i>M</i> : 33,0; <i>DS</i> : 10,8; disturbo bipolare II senza disturbo asse II <i>M</i> : 37,7; <i>DS</i> : 11,1	progetto multicentrico	definizione di Barratt	<i>Buss-Durkee Hostility Inventory; Barratt Impulsiveness Scale 11</i>
<b>FELIU-SOLER et al., 2013</b>	35 disturbo di personalità borderline; 35 disturbo bipolare (31 di tipo I e 4 di tipo II)	disturbo di personalità borderline <i>M</i> : 30,89; <i>DS</i> : 8,99; disturbo bipolare <i>M</i> : 39,57; <i>DS</i> : 8,27	pazienti non ricoverati in regime ambulatoriale. Tutti sotto trattamento farmacologico (dato controllato nella valutazione neuropsicologica)	non specificata dagli autori ma relative alla funzioni cognitive, specificatamente attenzione	<i>Continuous Performance Test-II</i>
<b>BØEN et al., 2014</b>	25 disturbo di personalità borderline senza bipolarità; 20 disturbo bipolare II senza disturbo di personalità borderline; 44 controlli non clinici	disturbo di personalità borderline <i>M</i> : 26,8; <i>DS</i> : 6,1 disturbo bipolare II <i>M</i> : 33,6; <i>DS</i> : 5,7 Controllo <i>M</i> : 28,8, <i>DS</i> : 7,7	ospedale universitario, pazienti in regime di controllo giornaliero e clinica psichiatrica	non specificata	<i>Urgency, Lack of Premeditation, Lack of Perseverance, and Sensation Seeking UPPS</i>

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Prima di discutere i dati è utile descrivere la struttura delle Tabelle 3 e 4. Come è stato detto sia per l'instabilità affettiva che per l'impulsività, non esiste una definizione chiara

e univoca. Nelle Tabelle sono riportati i dati degli studi analizzati, ordinandoli rispetto alle definizioni dei costrutti dell'instabilità affettiva e dell'impulsività maggiormente chiare presenti in letteratura. In aggiunta sono stati prodotti degli esempi delle manifestazioni cliniche, con l'obiettivo di facilitare il passaggio da un dato di studio a un dato clinico riscontrabile.

Analizzando i dati relativi all'instabilità affettiva, risulta utile ai fini diagnostici e psicoterapici rifarsi alle cinque caratteristiche di Renaud e Zacchia (2012) sopra descritte. I soggetti con disturbo borderline e bipolare II mostrano notevoli differenze (si veda la Tabella 3). Rispetto alla valenza emotiva si può sottolineare come i soggetti con Disturbo Borderline di Personalità abbiano una maggiore presenza di cambi emotivi dall'eutimia verso ansia, rabbia e depressione, mentre i soggetti con disturbo bipolare II riportano maggiori cambi da eutimia verso depressione ed euforia. Anche rispetto alla depressione, disturbo comune alle due entità nosografiche, sono state rilevate delle differenze. Wilson e colleghi (2007), confrontando gruppi con diagnosi di disturbo borderline, disturbo bipolare II e disturbo depressivo maggiore, hanno evidenziato una discordanza tra i risultati provenienti dai test somministrati da clinici come la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D; Hamilton, 1976) e strumenti autosomministrati come la *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, & Mendelson, 1965). In riferimento al gruppo con disturbo borderline i test autosomministrati riportavano un punteggio più alto rispetto alla *Hamilton Rating Scale for Depression*, cosa non riscontrabile nei gruppi disturbo bipolare II e disturbo depressivo maggiore. Gli autori, analizzando ulteriormente i dati delle due scale, hanno notato che la discrepanza era a carico di due fattori specifici. Il gruppo con disturbo borderline riportava infatti più alti punteggi nel fattore «sintomi cognitivi» (colpa, ideazione suicidaria, depersonalizzazione, ideazione paranoide, pensieri ossessivi) e nei «sintomi collegati all'ansia». Secondo Wilson e colleghi (2007) questi dati supporterebbero l'idea che la depressione nel Disturbo Borderline di Personalità abbia caratteristiche proprie, indipendenti sia rispetto alla depressione unipolare e bipolare sia verso gli altri disturbi di personalità. Un punto chiave sembra l'alta intensità soggettiva percepita (Wagner & Linehan, 1999). Parlando ora dell'ampiezza entrambi i disturbi risultano avere un'importante intensità nei loro domini affettivi di attivazione. I soggetti con disturbo borderline hanno mostrato veloci cambi che possono attivarsi in minuti e permanere per ore, o solo raramente per qualche giorno (Linehan, Heard, & Armstrong, 1993). Al contrario nel disturbo bipolare II sono stati evidenziati dei cicli ultradiani o settimanali da alcune ore fino a 48 (Juckel et al., 2000). Rispetto alla dinamica sociale di attivazione, le reazioni affettive del Disturbo Borderline di Personalità, contrariamente a quelle del disturbo bipolare II, sono generalmente attivate da eventi interpersonali (Benjamin & Wonderlich, 1994). Rispetto all'ultimo punto della problematica regolazione emotiva, nel disturbo borderline Linehan, Heard e Armstrong (1993) parlano di disregolazione emotiva, cioè alta sensibilità e intensità a stimoli emotivi e un lento ritorno a uno stato eutimico. D'altra parte anche per il disturbo bipolare II si può parlare di un'abnorme reazione emotiva verso contesti attivanti ma caratterizzata soprattutto dalla presenza di labilità emotiva specialmente nei periodi eutimici (Henry et al., 2008). In sintesi emerge che nel disturbo bipolare II risulta essere presente una variazione essenzialmente legata a transizioni da eutimia verso depressione o euforia, mentre nel disturbo

borderline di personalità vi è la presenza di variazione affettive da uno stato di eutimia ad ansia, depressione e rabbia. Inoltre nel disturbo borderline vi è una maggior velocità di cambiamento dell'affettività, rispetto al bipolare II. Risulta importante sottolineare come questi cambi affettivi poi producano un'instabilità al senso del sé di questi soggetti, nel senso le varie variazione affettive esperite storicamente dalle persone con queste diagnosi, poi producono una visione spesso negativa di se stessi. Entrambi i disturbi differiscono profondamente rispetto all'immagine del sé. Nel disturbo borderline la preponderanza di affettività negativa a scapito di quella positiva risulta essere un importante fattore che può spiegare la visione di sé che i pazienti hanno (Herpertz, 2005). Come Meares (2011), anche Basset (2012) suggerisce che in queste persone vi sia «un senso del sé nocivo emotivamente», ovvero un'interruzione o frammentazione emotivamente dolorosa del senso del sé. Rispetto allo spettro bipolare Di Simplicio, Holmes e Rathbone (2015) mettono in evidenza come in soggetti in fase eutimica ma con passata ipomania vi sia una stabilità nel presente, di un'immagine del sé essenzialmente negativa, indipendentemente dallo stato affettivo del momento (ansia, depressione o euforia). Mentre dei soggetti senza passata ipomania riportano un'immagine di sé negativa, solo in presenza di un'emozione di ansia e umore basso. Ciò mette in evidenza come l'affettività (ansia e depressione) possa portare a un peggioramento dell'immagine del sé per pazienti bipolarì, aspetto che risulta già essere problematico di per sé in fase eutimica. Mentre uno stato affettivo di euforia, aumenta l'immagine positiva futura, portando verso una proiezione futura «grandiosa» del sé, aspetto quest'ultimo anche sottolineato da Renaud, Corbalan e Beaulieu (2012). Gli autori sottolineano come le cognizioni legate all'immagine del sé debbano essere dei target di intervento in terapia.

Prendendo in considerazione i dati sull'impulsività, le analisi fattoriali generalmente identificano alcune componenti principali: (1) impulsività motoria, cognitiva e di attenzione o non pianificata (Patton et al., 1995); (2) eccessiva spontaneità, mancanza di persistenza e sregolatezza (Gerbing, Ahadi, & Patton, 1987); (3) precipitazione, mancanza di pre-meditazione, mancanza di perseveranza e sensation seeking (Whiteside e Lynam, 2001); (4) eccessiva velocità di esecuzione, bassa risposta inibitoria e non considerazione per le conseguenze future (Dougherty et al., 2009). Anche rispetto a questi elementi i soggetti con disturbo borderline e con disturbo bipolare II mostrano notevoli differenze (Tabella, 4) da un punto di vista qualitativo, fenomenologico e sintomatico.

L'impulsività motoria, risulta presente in entrambi i gruppi, quindi anche se esternamente è un tratto non dirimente tra le diagnosi, internamente comporta delle manifestazioni differenziate che possono essere di aiuto al clinico per meglio comprendere quale entità diagnostica possa avere di fronte. Nel Disturbo Borderline di Personalità prende prevalentemente la forma di agiti impulsivi, autolesionismo, abuso di sostanze e promiscuità, mentre nel disturbo bipolare II soprattutto abuso di sostanze (Swann, 2010; Nery et al., 2013). Tale ultimo aspetto non può essere considerato un criterio utile nella diagnosi differenziale, a differenza di quanto clinicamente avviene, in quanto l'uso di sostanze è fortemente influenzato da stati ipomaniacali o maniacali e questo uso si intensifica durante i periodi di euforia (Winokur et al., 1998).

Inoltre questo tipo d'impulsività può predire i gesti suicidari sia nel disturbo bipolare II (Swann, Dougherty, & Pazzaglia, 2005) sia nel disturbo di personalità borderline (Yen,

Shea, & Sanislow, 2004). L'impulsività cognitiva nel disturbo borderline si presenta sottoforma di estrema velocità di processamento delle informazioni e pianificazioni delle azioni, risultando poi in un malfunzionamento dell'attenzione selettiva e delle funzioni esecutive. Diversamente nel disturbo bipolare II si presenta con malfunzionamento nell'attenzione, eccessiva distraibilità e difficoltà a rimanere su di un compito, producendo poi salti continui da attività in attività con bassa qualità prestazionale. Ciò a sua volta è compatibile anche con i differenti profili neuropsicologici che si ritrovano nei due quadri; il disturbo bipolare II è caratterizzato da deficit nell'attenzione sostenuta sia nelle fasi di mania sia di eutimia, mentre il disturbo borderline comprende deficit delle funzioni esecutive (Lenzenweger, Clarkin, & Fertuck, 2004), presenti anche nel disturbo bipolare II ma variabili a seconda del tono dell'umore (Malhi, Ivanovski, & Hadzi-Pavlovic, 2007) e del tipo di episodio, mania rispetto a ipomania (Torrent, Martínez-Aráñ, & Daban, 2006). Nel disturbo borderline la mancanza di persistenza si presenta quasi costantemente con problemi di aderenza ai trattamenti o problemi nell'ambito occupazionale, producendo poi molti abbandoni delle attività in cui tali persone s'impegnano. Nel disturbo bipolare II quest'aspetto è fase dipendente, con maggiori frequenze negli stati depressivi; tutto ciò si traduce spesso in un abbassamento del funzionamento psico-sociale. La mancanza di premeditazione risulta molto presente nel Disturbo Borderline di Personalità, con relativo abbassamento delle capacità di decision making e di problem solving, aspetti che non permettono alle persone di riflettere sui costi dei loro gesti impulsivi. Nel disturbo bipolare II, a conoscenza degli autori, non emergono dati specifici. Anche rispetto alla componente sensation seeking non emergono dati specifici tra le due classi diagnostiche. Ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che le scale molto spesso valutano i comportamenti orientati a provare eccitazione e non i comportamenti che hanno lo scopo di diminuire emozioni negative; in linea con ciò la sensation seeking è «un tratto relativo alla ricerca di varie, nuove, complesse e intense sensazioni ed esperienze, comporta la propensione a prendere dei rischi fisici, sociali, legali, per l'interesse di queste nuove esperienze» (Zuckerman, 1994).

Tra i limiti di queste conclusioni possiamo considerare i pochi studi specifici che hanno analizzato quest'ambito, oltre alla scarsa solidità metodologica di alcuni studi selezionati nella nostra revisione della letteratura. Sarebbe utile e necessario sviluppare studi con una buona metodologia che vada a indagare con numeri e gruppi adeguati tale confine diagnostico tra i due quadri psicopatologici considerati.

Concludendo, in quest'analisi della letteratura emerge che, seppur questi disturbi psicopatologici siano legati da tratti di somiglianza, quali l'instabilità affettiva e l'impulsività, le manifestazioni qualitative e fenomenologiche tra il disturbo borderline e il disturbo bipolare tipo II risultano differenti e riscontrabili. Nell'instabilità affettiva gli studi citati mettono in evidenza come tra le due categorie diagnostiche vi siano delle differenze nella valenza affettiva, nella velocità di cambiamento, nella reattività interpersonale e nella modulazione affettiva. Per la valenza affettiva, nel disturbo bipolare II risulta essere presente una variazione essenzialmente legata a transizioni da eutimia verso depressione o euforia. D'altra parte nel disturbo borderline di personalità vi è la presenza di variazione affettive da uno stato di eutimia ad ansia, depressione e rabbia. Per la velocità di cambiamento nel disturbo borderline vi è una maggior velocità di cambiamento dell'affettività, che si attiva

**Tabella 3 –** Differenze tra disturbo di personalità borderline e disturbo bipolare II nell'instabilità affettiva

DISTURBO DI PER- SONALITÀ BORDERLINE	VALENZA AFFETTIVA	AMPIEZZA AFFETTIVA	CICLICITÀ, VELOCITÀ CABITAMENTO	REATTIVITÀ INTERPERSONALE		MODULAZIONE AFFETTIVITÀ
				DISTURBO DI PER- SONALITÀ BIPOLARE II	DISTURBO DI PER- SONALITÀ BORDER- LINE	
da eutimia verso ansia, rabbia e de- pressione	da eutimia verso de- pressione e euforia	alta nella propria valenza	alta nella propria valenza	giornali- ri che si attivano in minuti e durano ore e fino ad alcuni giorni	presenza settimanale con un atti- vazione che va da alcune ore a 48	non presente
<b>MANIFESTAZIONI CLINICHE DIFFERENZIATE PER PATOLOGIA</b>						
presenza perdurante di rabbia e ansia e umore ten- denzialmente depresso	alta inten- sità sog- gettiva e oggettiva	alta inten- sità sog- gettiva e oggettiva	la persona mostra dei cambi affettivi improvvisi, disorientan- ti eappa- rentemente incom- prendibili per chi li subisce	la persona mostra dei cambi affettivi graduali attivano molto spes- so nella re- lazione con l'altro	i cambi affettivi si maggiormen- te endogeni i cambi af- fettivi sono sempre in uno stato di possi- bile, veloce e intenso cambio affettivo	nei periodi eutimici, la persona risulta mag- giornite esposta ad una fragilità emotiva

Tabella 4 – Differenze tra disturbo di personalità borderline e disturbo bipolare II nell’impulsività

IMPIULSIVITÀ MOTORIA	IMPIULSIVITÀ COGNITIVA	MANCANZA DI PERSISTENZA	MANCANZA DI PREMEDITAZIONE
<b>DISTURBO DI PERSONALITÀ BORDERLINE</b>	<b>DISTURBO DI PERSONALITÀ BORDERLINE</b>	<b>DISTURBO BIPOLARE II</b>	<b>DISTURBO DI PERSONALITÀ BORDERLINE</b>
comportamenti auto-distruttivi, aumento del rischio suicidario	maggiore velocità di processamento, malfunzionamenti delle funzioni executive e attenzione selettiva	malfunzionamento dell’attenzione sostenuta	presente in modo quasi permanente
<b>MANIFESTAZIONI CLINICHE DIFFERENZIATE PER PATOLOGIA</b>			
agitì impulsivi, auto-lesionismo, abuso di sostanze, promiscuità	comportamenti distruttivi come abuso di sostanze	permanente situazione di estrema velocità di processamento delle informazioni e problemi nella pianificazione di azioni	eccessiva distractibilità e salto da un compito all’altro senza adeguata finalizzazione
			correlata all’umorismo depresso e contribuisce ad un abbassamento del funzionamento psico-sociale
			scarso decision making, e problem solving, che porta ad una difficoltà nel riflettere sulle conseguenze di agiti impulsivi con tendenza a passare all’atto senza l’elaborazione di strategie alternative

in pochi minuti e può durare qualche ora, fino a qualche giorno. D'altra parte nel bipolare II, l'attivazione avviene in alcune ore e può durare fino a qualche settimana.

Riguardo alla reattività interpersonale, nel disturbo borderline l'attivazione è essenzialmente legata alle relazioni interpersonali. Infine rispetto alla modulazione affettiva, questa nel quadro borderline è collegata a una disregolazione costante. Diversamente, il bipolare II in fase eutimica risulta aver una labilità emotiva.

Nell'impulsività, le differenze principali risultano a carico dell'impulsività cognitiva, nella mancanza di premeditazione e mancanza di persistenza. Nell'impulsività cognitiva, il disturbo borderline di personalità riporta una maggiore velocità di processamento, malfunzionamenti delle funzioni esecutive e attenzione selettiva. Diversamente il disturbo bipolare tipo II, mostra un'impulsività cognitiva relativa a mancanza di concentrazione, elevata distraibilità e la presenza di numerosi pensieri disorganizzati, con malfunzionamento dell'attenzione focalizzata. Inoltre, il disturbo borderline riporta anche una mancanza di premeditazione. Tale aspetto comporta una difficoltà nel riflettere sulle conseguenze di alcune loro scelte e di conseguenza difficoltà nell'elaborare strategie alternative. Anche se entrambi i disturbi riportano una mancanza di persistenza, il disturbo borderline mostra questa caratteristica in modo quasi permanente a differenza del bipolare II in cui risulta presente in modo dipendente dall'umore in corso.

Tale caratteristiche possono essere indagate e analizzate in fase diagnostica attraverso il colloquio clinico e la somministrazione di scale sintomatiche opportune. Ciò risulta fondamentale poi, per la scelta del trattamento che si deve effettuare, dato che si possono utilizzare dei protocolli psicoterapici di provata efficacia.

## BIBLIOGRAFIA

Akiskal, H. S., Djenderedjian, A. M., Rosenthal, R. H., & Khani, M. K. (1977). Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in bipolar affective group. *American Journal of Psychiatry, 134*, 1277-1233.

Akiskal, H. S., (1983). The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis. In L. Grinspoon (Ed.), *Psychiatry Update: The American Psychiatric Association Annual Review* (pp. 271-292). Washington: American Psychiatric Press.

Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Moller, H., & Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders, 59*, 5-30.

Akiskal, H. S. (2004). Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110*, 401-407.

Allilaire, J. F., Hantouche, E. G., Sechter, D., Bourgeois, M. L., Azorin, J. M., Lancrenon, S., Chatenet-Duchene, L., & Akiskal, H. S. (2001). Fréquence et aspects cliniques du trouble bipolaire II dans une étude multicentrique française: EPIDEP, *L'Encéphale, 27*, 149-158.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V®)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Angst, J., Azorin, J.M., Bowden, C. L., Perugi, G., Vieta, E., Gamma, A., Young, A. H.; BRIDGE Study Group (2011). Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Archives of General Psychiatry, 68*, 791-798.

Angst, J. (2007). The bipolar spectrum. *British Journal of Psychiatry, 190*, 189-191.

Angst, J., & Gamma, A. (2002). Prevalence of Bipolar Disorders: Traditional and Novel Approaches. *Clinical Approaches in Bipolar Disorders 2002, 1*, 10-14.

Angst, J., & Cassano, G. (2005). The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 7*, 1-9.

Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., & Rossler, W. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders, 73*, 133-146.

Barratt, E. S. (1965). Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychiatric Reports, 16*, 547-554.

Barratt, E. S. (1994). Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W.B. McCown, L.J. Johnson & M.B. Sure (Eds), *The Impulsive Client: Theory, Research, and Treatment* (pp. 39-56). Washington, DC: American Psychological Association.

Barroilhet, S., Vöhringer, P. A., & Ghaemi, S.N. (2013). Borderline versus bipolar: differences matter. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 128*, 385-386.

Basset, D. (2012). Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 46*, 327-339.

Bauer, M., Glenn, T., Alda, M., Andreassen, O.A., Angelopoulos, E., Ardau, R., & Whybrow, P. C. (2014). Relationship between sunlight and age of onset in bipolar disorder: An international multisite study. *Journal of Affective Disorders, 167*, 104-111.

Bayes, A., Parker, G., & Fletcher, K. (2014). Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry, 27*, 14-20.

Beck, A. T., Ward, C.H. & Mendelson, M. (1965). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry, 12*, 63-70.

Benazzi, F. (2007a). Is overactivity the core feature of hypomania in bipolar II disorder? *Psychopathology, 40*, 54-60.

Benazzi, F. (2007b). Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*, 21, 727-740.

Benazzi, F. (2008). A relationship between bipolar II disorder and borderline personality disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32, 1022-1029.

Benjamin, L., & Wonderlich, S. (1994). Social perceptions and borderline personality disorder: the relation to mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 610-624.

Biederman, J., Faraone, S. V., Hatch, M., Mennin, D., Taylor, A., & George, P. (1997). Conduct disorder with and without mania in a referred sample of ADHD children. *Journal of Affective Disorder*, 44, 177-188.

Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zerssen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.

Bøen, E., Hummelen, B., Elvsåshagen, T., Boye, B., Andersson, S., Karterud, S., & Malt, U. F. (2015). Different impulsivity profiles in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 170, 104-111.

Bolton, S., & Gunderson, J. G. (1996). Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: differential diagnosis and implications. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1202-1207.

Bowden, C. L. (2001). Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services*, 52, 51-55.

Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Conscience Psychology*, 21, 343-349.

Clayton, P. J., Ernst, C., & Angst, J. (1994). Premorbid personality traits of men who develop unipolar or bipolar disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 243, 340-346.

Connors, D. K. (2000). *Continuous Performance Test II Technical Guide and Software Manual*. Toronto: Multi-HealthSystems.

Coulston, C. M., Tanius, M., Mulder, R. T., Porter, R. J., & Malhi, G. S. (2012). Bordering on bipolar: the overlap between borderline personality and bipolarity. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 506-521.

Davidson, R. (1998). Anterior electrophysiological asymmetries, emotion, and depression: conceptual and methodological conundrums. *Psychophysiology*, 35, 607-614.

Deltito, J., Martin, L., Riefkohl, Austria, B., Kissilenko, A., Corless, C., & Morse, P. (2001). Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *Journal of Affective Disorder*, 67, 221-228.

Di Simplicio, M., Holmes, E. A., & Rathbone, C. H. (2015). Self-images in the present and future: Role of affect and the bipolar phenotype. *Journal of Affective Disorders*, 187, 97-100.

Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 95.

Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, 38, 1219-1229.

Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Furr, R. M., Nouvion, S. O., & Dawes, M. A. (2009). Distinctions in behavioral impulsivity: implications for substance abuse research. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 8, 61-73.

Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146, 348-361.

Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43, 1247-1255.

Fassassi, S., Vandeleur, C., Aubry, J. M., Castelao, E., & Reisig, M. (2014). Prevalence and correlates of DSM-5 Bipolar and related disorder. *Journal of Affective Disorder*, 167, 198-205.

Feliu-Soler, A., Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Pérez, J., Martín-Blanco, A., Santos, A., Crespo, I., Pérez, V., & Portella, M. J. (2013). Differences in attention and impulsivity between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 210, 1307-1309.

Gelfand, T. (1980). *Professionalizing modern medicine*. Westport: Greenwood Press.

Geller, B., Zimerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., Craney, J. L., Delbello, M. P., & Soutullo, C. A. (2000). Diagnostic characteristics of 93 cases of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder

phenotype by gender, puberty and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 10, 157-164.

George, E. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Taylor, D. O. (2003). The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disorder*, 5, 115-122.

Gerbing, D. W., Ahadi, S. A., & Patton, J. H. (1987). Toward a conceptualization of impulsivity: Components across the behavioral and self-report domains. *Multivariate Behavioral Research*, 22, 357-379.

Ghaemi, S. N., Boiman, E. E., & Goodwin, F. K. (2000). Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 804-808.

Goodwin, J., Cheeves, K., & Connel, V. (1990). Borderline and other severe symptoms in adult survivors of incestuous abuse. *Psychiatric Annals*, 20, 22-32.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545.

Gunderson, J. G. (2011). Borderline personality disorder. *The new England Journal of medicine*, 364, 2037-2042.

Gunderson, J. G., Weinberg, I., Daversa, M. T., Kueppenbender, K. D., Zanarini, M. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Yen, S., Morey, L. C., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Stout, R. L., & Dyck, I. (2006). Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1173-1178.

Gunderson, J. G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1637-1640.

Hamilton, M. (1976). The Hamilton Rating Scale for Depression. In W. Guy, *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (pp. 179-190). Rockville, Md: US National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch.

Hantouche, E. G., Akiskal, H. S., Lancrenon, S., Allilaire, J. F., Sechter, D., Azorin, J. M., Bourgeois, M., Fraud, J. P., & Châtenet-Duchêne L. (1998). Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid- stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *Journal of Affective Disorder*, 50, 163-173.

Harvey, P. D., Greenberg, B. R., & Serper M. R. (1989). The affective lability scales: development, reliability and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 786-793.

Henry, C., Mitropoulou, V., New, A. S., Koenigsberg, H. W., Silverman, J., & Siever, L. J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 307-312.

Henry, C., Van den Bulke, D., Bellivier, F., Roy, I., Swendsen, J., M'Bailara, K., Siever, L. J., & Leboyer, M. (2008). Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. *Psychiatry Research*, 159, 1-6.

Henry, M., Jacob, L., & Joyal C. C. (2015). Évaluation clinique de l'impulsivité. *Revue québécoise de psychologie*, 36, 7-30.

Herpertz, S. (2005). A temperamental model of borderline personality disorder and its implications for psychotherapy. *Psychopathology*, 38, 53-55.

Heun, R., & Maier, W. (1993). The distinction of bipolar II disorder from bipolar and recurrent unipolar depression: results of a controlled family study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 279-284.

Hirschfeld, R. M. A. (2001). Bipolar spectrum disorder: improving its recognition and diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 5-9.

Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., & Calltharp, S. (2003). Behavioral inhibition and disinhibition as hypothesized precursors to psychopathology: implications for pediatric bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 985-999.

Hollander, E., & Stein, D. J. (1995). *Impulsivity and aggression*. New York, NY : John Wiley & Sons.

Joyce, P. R., Light, K. J., Rowe, S. L., & Kennedy, M. A. (2007). Bipolar disorder not otherwise specified: comparison with bipolar disorder I/II and major depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 843-849.

Joyce, P. R., Light, K. J., & Rowe, S. L. (2010). Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 250-257.

Juckel, G., Hegerl, U., Mavrogiorgou, P., Gallinat, J., Mager, T., Tigges, P., Dresel, S., Schröter, A., Stotz, G., Meller, I., Greil, W., & Möller, H. J. (2000). Clinical and biological findings in a case with 48-hour bipolar ultrarapid cycling before and during valproate treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 585-593.

Kernberg, O. F., & Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77, 1-22.

Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. S., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

Kessler, R. C., Rubinow, D. R., Holmes, C., Abelson, J. M., & Zhao, S. (1997). The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological Medicine*, 27, 1079-1089.

Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J. M., Serby M., Schopick, F., & Siever L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 784-788.

Koenigsberg, H. (2010). Affective instability: toward an integration of neuroscience and psychological perspectives. *Journal of Personality Disorders*, 24, 60-82.

Kraepelin, E. (1883). *Compendium der Psychiatrie. 1. Auflage*. Leipzig: Abel.

Larsen, R. J., & Diener E. (1985). A multitrait-multimethod examination of affect structure: hedonic level and emotional intensity. *Personality Individual Differences*, 6, 631-636.

Larsen, R. J., Diener, E., & Emmons, R. A. (1986). Affect intensity and reactions to daily life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 803-814.

Lauer, C. J., Bronisch, T., Kainz, M., Schreiber, W., Holsboer, F., & Krieg, J. C. (1997). Pre-morbid psychometric profile of subjects at high familial risk for affective disorder. *Psychological Medicine*, 27, 355-362.

Leblanc, A., Jarroir, M., Vorspanb, F., Bellivie, R. F., Leveilleec, S., & Romoa, L. (2016). Dimensions affectives et impulsives dans le trouble bipolaire et le trouble de la personnalité borderline. *L'Encéphale*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.007> (ultimo accesso: 26/05/2017).

Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., & Fertuck E. A. (2004). Executive neurocognitive functioning and neurobehavioral systems indicators in borderline personality disorder: a preliminary study. *Journal of Personality Disorders*, 18, 421-438.

Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Klein, D. N. (2002). Bipolar disorder in a community sample of adolescents: epidemiology and suicidal behavior. In B. Geller & M. Del Bello (Eds), *Child and early Adolescent Bipolar Disorder* (pp. 7-24). New York: Guilford.

Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Klein, D. N. (2003). Bipolar disorders during adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 47-50.

Linehan, M., Heard, H., & Armstrong, H. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 50, 971-974.

Links, P. S., Eynan, R., Heisel, M. J., & Nisenbaum, R. (2008). Elements of affective instability associated with suicidal behaviour in patients with borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53, 112-116.

Luby, J. L., & Navsaria, N. (2010). Pediatric bipolar disorder: evidence for prodromal states and early markers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 459-471.

Mackinnon, D. F., & Pies, R. (2006). Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorder*, 8, 1-14.

Magill, C. A. (2004). The boundary between borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 551-556.

Malhi, G. S., Ivanovski, B., & Hadzi-Pavlovic, D. (2007). Neuropsychological deficits and functional impairment in bipolar depression, hypomania and euthymia. *Bipolar Disorder*, 9, 114-125.

Mancini, F., & Rainone A. (2008a). Bloccati tra illusione e disperazione. Una nuova ipotesi cognitivistica sul disturbo bipolare. *Cognitivismo Clinico*, 5, 64-87.

Mancini F., & Rainone A. (2008b). La dimensione cognitiva dei disturbi dell'umore. In B.G. Cassano, & A. Tundo (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Issy Les Moulineaux: Elsevier Masson.

McDermid, J., Sareen, J., El-Gabalawy, R., Pagura, J., Spiwak, R., & Enns, M. W. (2015). Co-morbidity of bipolar disorder and borderline personality disorder: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 18-28.

Meares, R., Gerull, F., Stevenson, J., & Korner, A. (2011). Is self disturbance the core of borderline personality disorder? An outcome study of borderline personality factors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 214-222.

Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 64, 543-552.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68, 241-251.

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.

Möller, H. J., & Curtis, V. A. (2007). The bipolar spectrum: diagnostic and pharmacologic considerations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4, 53-58.

Nery, F. G., Hatch, J. P., Monkul, E. S., Matsuo, K., Zunta-Soares, G. B., Bowden, C. L., & Soares, J. C. (2013). Trait impulsivity is increased in bipolar disorder patients with comorbid alcohol use disorders. *Psychopathology*, 46, 145-152.

Paris, J., Gunderson, J., & Weinberg, I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 145-154.

Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders*, 21, 457-473.

Paris, J. (2013). Borderline personality and bipolar disorder: the limits of phenomenology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128, 384.

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.

Perugi, G., Angst, J., Azorin, S., Bowden, C., Vieta, E., & Young, A. H. (2013). The Bipolar-borderline personality disorders connection in major depressive patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128, 376-383.

Reich, D. B., Zanarini, M. C., Hopwood, C. J., Thomas, K. M., & Fitzmaurice, G. M. (2014). Comparison of affective instability in borderline personality disorder and bipolar disorder using a self-report measure. *Personality and Mental Health*, 8, 143-150.

Reich, D. B., Zanarini, M. C., & Fitzmaurice, G. (2012). Affective lability in bipolar disorder and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 230-237.

Renaud, S.M., Corbalan, F., & Beaulieu, S. (2012). Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: analysis of the affective dimension. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 952-961.

Renaud, S. M., & Zacchia, C. (2012). Toward a definition of affective instability. *Harvard Review of Psychiatry*, 20, 298-308.

Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 17-22.

Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, T., Goldstein, B. I., Gill, M. K., Iosif, A. M., Hunt, J., Esposito-Smyther, C., Ryan, N.D., Leonard, H., & Keller, M. (2009). Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 112, 144-50.

Ruggero, C. J., Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2010). Borderline personality disorder and misdiagnosis of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 405-408.

Smith, D. J., Muir, W. J., & Blackwood, D. H. (2004). Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum? *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 133-139.

Swann, A. C., Dougherty, D. M., & Pazzaglia, P. J. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1680-1687.

Swann, A. C. (2010). The strong relationship between bipolar and substance-use disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1187, 276-293.

Szadoczkzy, E., Papp, Z., Vitrail, J., Rihmer, Z., & Füredi, J. (1998). The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary. Results from a National Epidemiologic Survey. *Journal of Affective Disorder*, 50, 153-162.

Torrent, C., Martínez-Aráñ, A., & Daban, C. (2006). Cognitive impairment in bipolar II disorder. The British *Journal of Psychiatry*, 189, 254-259.

Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T.M., & Watson, D. (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 647-661.

Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1999). Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotion regulation. *Journal of Personality Disorders*, 13, 329-344.

Webster, C. D., & Jackson, M. A. (1997). *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment*. New York: The Guilford Press.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C. K., Lellouch, J., Lépine, J. P., Newman, S. C., Rubio-Stipe, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H., & Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276, 293-299.

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.

Wilson, S. T., Stanley, B., Oquendo, M. A., Goldberg, P., Zalsman, G., & Mann, J. J. (2007). Comparing Impulsiveness, Hostility, and Depression in Borderline Personality Disorder and Bipolar II Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1533-1539.

Winokur, G., Turvey, C., Akiskal, H. S., Coryell, W., Solomon, D., Leon, A., Mueller, T., Endicott, J., Maser, J., & Keller, M. (1998). Alcoholism and drug abuse in three groups- bipolar I, unipolars and their acquaintances. *Journal of Affective Disorders*, 50, 81-89.

Wittchen, H. U., Nelson, C.S., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.

World Health Organisation (1992). *ICD-10 classifications of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organisation.

Yen, S., Shea, M. T & Sanislow, C. A. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1296-1298.

Zimmerman, M., Ruggero, C. J., Chelminski, I., & Young, D. (2010). Psychiatric diagnoses in patients previously over diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 26-31.

Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge Press.

Presentato l'11 aprile 2016, accettato per la pubblicazione il 22 aprile 2017

## Corrispondenza

Brunetto De Sanctis  
Associazione di Psicologia Cognitiva – APC  
Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC  
Viale Castro Pretorio, 116  
00185 Roma  
e-mail: brunetto.desanctis@gmail.com