

Sonia: Disturbo Borderline di Personalità

Antonio D'Errico¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale (APC Lecce)

Riassunto

Il presente lavoro descrive il caso di una paziente con disturbo borderline di personalità ospite di una comunità di riabilitazione psichiatrica. L'attenzione si focalizza principalmente sugli stati mentali problematici presentati dalla paziente, le cui transizioni avvengono in maniera rapida e talvolta drammatica, in un quadro generale caratterizzato da vulnerabilità e disregolazione emotiva. Vengono descritti i cicli interpersonali attivati con il terapeuta e gli interventi terapeutici finalizzati alla riattivazione comportamentale, al potenziamento dell'efficacia personale e delle abilità di regolazione emotiva.

Summary

This clinical study describes the case of a borderline personality disorder patient, guest in a psychiatric rehabilitation center. It focuses mainly on problematic mental states of this patient, whose transitions sometimes happen in a sudden and dramatic way, in a general situation characterized by emotional vulnerability and dysregulation. In this study are described dysfunctional interpersonal cycles and the therapeutic treatment aimed at behavioral activation, enhancement of personal effectiveness and emotional self-regulation.

Presentazione della paziente, invio e contesto della terapia

Sonia, donna di 44 anni, giunge alla mia osservazione al momento del suo ricovero presso una comunità di riabilitazione e assistenza psichiatrica, su proposta del Centro di Salute Mentale di riferimento, a seguito di ben tre ricoveri in SPDC avvenuti nel 2015 e dopo un tentato suicidio avvenuto per ingerimento di farmaci. La paziente giunge in comunità con la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità e si presenta con una marcata flessione del tono dell'umore accompagnata ancora da pensieri anticonservativi.

Sonia manifesta sin da subito profonde perplessità circa la possibilità che qualcuno possa comprendere realmente il suo malessere, ma si rende disponibile a vivere questa opportunità riabilitativa provando a impegnarsi nelle diverse attività quotidiane.

Durante i primi colloqui si tenta di ricostruire la storia di vita della paziente e alcune dinamiche familiari che sembrano condizionare ancora notevolmente il suo stato psicologico. La raccolta di

informazioni sulla storia di vita prosegue e si arricchisce di dettagli sempre nuovi per tutto il corso della permanenza della paziente in comunità.

Storia di vita della paziente

Sonia già all'età di 6 anni viene affidata, assieme alla sorella maggiore, ad un Istituto di Suore, sperimentando sporadici rientri in famiglia. Di quel periodo racconta: *“Mi sentivo inferiore. Ricordo che piangevo perché mi mancava molto la mia famiglia”*.

Per “uscire” da questo senso di inferiorità, Sonia inizia ad assumere degli atteggiamenti aggressivi, fatti di insulti e minacce alle altre bambine dell'istituto: *“comportandomi così riuscivo ad ottenere un maggiore rispetto dagli altri e mi sentivo più sicura”*. Il suo rientro a casa avviene all'età di 11 anni: *“ricordo che al mio rientro a casa cominciai ad aver paura dei miei genitori, mi sentivo come sottomessa”*. All'età di 13 anni, per aiutare economicamente la famiglia, inizia a lavorare nei campi.

All'età di 20 anni resta incinta e sposa l'uomo con il quale, 13 anni dopo, avrà un altro figlio. Sonia parlando dei primi anni trascorsi con suo marito racconta: *“eravamo felici e tra noi c'era una grande passione”*. A seguito della prima gravidanza, inaspettata e non voluta, la donna subisce un aumento ponderale di circa 30 kg. Dopo circa tre anni riprende il suo peso ideale e trascorre diversi anni di benessere: *“sono stati anni molto belli. Mi sentivo bene con me stessa, mi sentivo corteggiata ed ero molto bella”*. Dopo la seconda gravidanza, questa volta voluta da entrambi, Sonia ingrassa nuovamente di molti Kg. A tre anni dalla nascita del secondo figlio il rapporto tra i due coniugi subisce una profonda crisi a causa di una relazione extra coniugale di lui, ben presto scoperta dalla donna. Da quel momento in poi Sonia si chiude progressivamente in se stessa: *“ho iniziato a non prendermi più cura di me e a vivere in uno stato di profonda tristezza. Per 8 anni è come se non avessi vissuto affatto”*. Tuttavia continua a vivere assieme al marito (*“da separati in casa”*), alla figlia che svolge attività di estetista e al figlio che attualmente frequenta le scuole medie. Nel corso di questi ultimi 8 anni il rapporto tra Sonia ed il marito si presenta assai conflittuale e tra i due non mancano rapporti di forte tensione, spesso sfociati in manifestazioni di aggressività.

Diagnosi

I colloqui settimanali e l'osservazione diretta della paziente danno conferma alla diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità effettuata presso il suo Centro di Salute Mentale. Risultano infatti soddisfatti i seguenti criteri diagnostici riportati nel DSM 5:

- Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono
- Pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione
- Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante
- Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore
- Sentimenti cronici di vuoto
- Rabbia inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia

Contratto terapeutico e regole della terapia

All'inizio del suo percorso riabilitativo, concordo con Sonia la possibilità di effettuare con lei un colloquio a settimana. Le spiego la necessità di trattare gli stati mentali "in vivo" e che per questo ha la possibilità di contattarmi tramite il personale in servizio. Le spiego che nell'eventualità in cui io non possa essere immediatamente disponibile farò in modo di poterla raggiungere nel più breve tempo possibile.

Profilo interno del disturbo: stati mentali problematici

Vulnerabilità e disregolazione emotiva

I due aspetti maggiormente problematici presentati dalla paziente riguardano la sua tendenza a reagire in modo intenso e rapido a fronte di stimoli emotivi anche minimi e l'incapacità, una volta attivata l'emozione, a compiere le operazioni necessarie per ridurre l'intensità e far ritorno allo stato emotivo di base. Racconta di vivere ogni emozione in maniera "esagerata" e di viverle in maniera "troppo intensa e spesso insopportabile".

Sonia è molto critica nei propri confronti e presenta spesso uno *stato autoinvalidante* che la conduce a rievocare selettivamente episodi di fallimenti e inadeguatezza personale. Sovente questo stato autoinvalidante viene alimentato con facilità dalle difficoltà relazionali con i componenti del suo nucleo familiare. In particolare, la figlia maggiore tende spesso a sottolineare ed elogiare i recenti comportamenti del padre, costretto negli ultimi mesi a farsi carico da solo delle problematiche familiari. Questo, inevitabilmente, la conduce a colpevolizzarsi e a percepirsi come una madre indegna, non in grado di badare alle necessità dei figli (in particolare del figlio minore). Quando si trova in questo stato mentale l'umore di Sonia diviene disforico, con prevalenza di sintomatologia depressiva. Questa disforia di base nel mese di Ottobre 2015 ha anticipato uno stato di *rabbia* e aggressività intense (non eterodirette) finalizzate ad un comportamento autodistruttivo

(Sonia durante quest'ultimo episodio tenta con forza di rompere la finestra della sua stanza, urlando di volersi ammazzare). La rabbia si manifesta in maniera talmente intensa da richiedere l'immediato intervento del personale del 118 e delle forze dell'ordine per un suo contenimento tempestivo.

Stato di vuoto e anestesia emotiva

Nel corso dei colloqui, molto spesso racconta di trovarsi a vivere uno stato di vuoto che non è in grado di descrivere in maniera chiara: *“è come se non fossi in grado di sentire nulla. In quei momenti non mi sento viva, non ho alcuno scopo e sento il bisogno di farmi del male (nel passato della donna sono presenti gesti autolesivi che, almeno dal suo racconto, sembrano seguire questo stato di anestesia emotiva) ed ho pensieri di morte più forti di ogni altra cosa. Anche più forti del bene che voglio a mio figlio. In quei momenti non penso assolutamente alla sofferenza che potrei procurare loro e ho solo voglia di morire per porre fine a questa sofferenza”*.

Timore di abbandono e relazioni interpersonali

Già poche settimane dopo il suo arrivo in comunità riabilitativa, Sonia sembra legarsi in maniera intensa ad un altro utente, con il quale intraprende una relazione affettiva. Anche questo rapporto, però, viene sin da subito vissuto in maniera ambivalente: in alcuni momenti appare serena e si sente finalmente amata, rispettata e desiderata (*“è da tanto che non provavo questa sensazione”*), in altri sembra invece piuttosto preoccupata per quanto potrebbe accadere nel volgere di pochi mesi, quando potrebbe ritrovarsi nuovamente abbandonata o potrebbe lei stessa decidere di troncane la relazione perché non più in grado di mantenere stabilmente un legame affettivo (questo pensiero è presente soprattutto quando la donna si trova nello stato mentale invalidante).

Ciascuno stato mentale, anche se intenso, ha durata relativamente breve (spesso anche di poche ore) ed il passaggio da uno stato mentale all'altro è spesso repentino ed improvviso.

Interventi e obiettivi

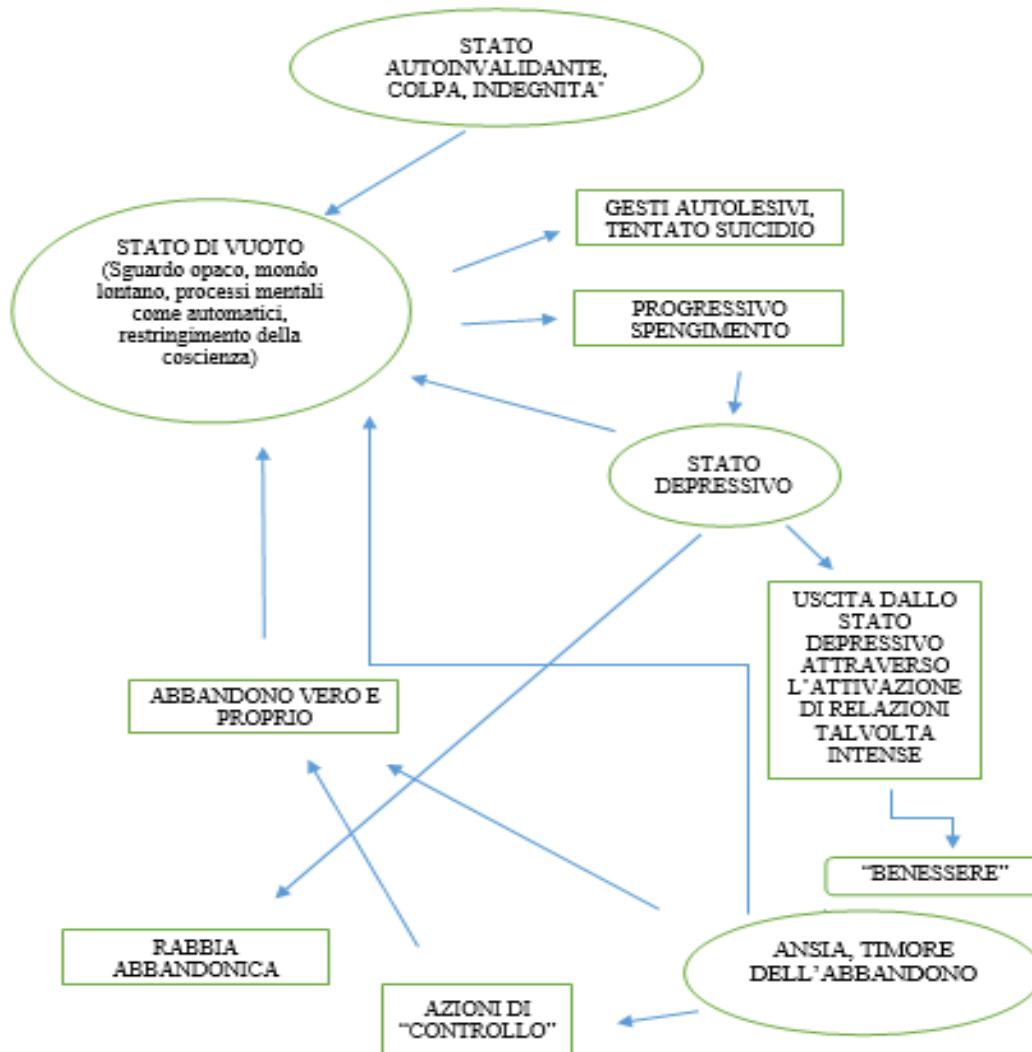
Il primo obiettivo terapeutico è stato quello di permetterle di riconoscere i suoi stati mentali, di descriverli correttamente e di cogliere tempestivamente i segnali anticipatori. Si è cercato di individuare quali dei suoi comportamenti (ricerca della solitudine, mancata richiesta di aiuto) rendano più intensi alcuni di questi stati mentali e quali altri le permettano di percepire con minore intensità e disagio questi vissuti.

Il suo inserimento in comunità è stato comunque positivo e la paziente si è subito ben integrata con gli altri ospiti della casa, occupandosi in maniera stabile e continuativa della preparazione dei

pasti e del riordino della cucina. Sonia si occupa quotidianamente delle pulizie della sua stanza, si prende cura dell'igiene personale e si presenta quasi sempre ben curata nell'aspetto.

Uno dei primi interventi è stato quello di aiutarla a percepire uno stato mentale come un tutto ricorrente, portarla ad avere consapevolezza delle relazioni tra gli stati mentali e sui processi di transizione da uno stato mentale all'altro, cercando di ottenere livelli progressivi di integrazione. Una delle difficoltà iniziali è stata quella di aiutarla a concentrarsi sullo stato mentale attivo in un dato momento, portandola soprattutto ad un atteggiamento metacognitivo. Inizialmente, infatti, Sonia appare non consapevole di quanto sia importante per lei l'intolleranza all'abbandono e gli stati mentali di volta in volta attivati non sono quasi mai oggetto di riflessione.

Ricostruzione degli stati mentali problematici



Dallo stato di vuoto ai comportamenti autolesivi

Una volta ricostruito il modello ed individuati i passaggi da uno stato mentale all'altro, per diverse settimane si lavora al raggiungimento di un duplice obiettivo: discutere le conseguenze delle azioni e introdurre un pensiero laddove vi è l'azione.

Dallo stato depressivo allo stato di vuoto

L'uscita dallo stato depressivo avviene soprattutto attraverso una relazione attivante, in particolar modo quando qualcuno le si avvicina per confortarla e supportarla. L'attivazione della relazione conduce Sonia ad uno stato di relativo benessere che ben presto, però, è sostituito dal timore dell'abbandono *“si, adesso sto bene perché con F. le cose vanno bene. Ma chi mi dice che anche questa volta non finirà? E se anche lui dovesse abbandonarmi?”* Alle volte questi pensieri sono seguiti da *azioni di controllo*, veri e propri “esperimenti” che, a suo dire, le consentono di monitorare l'andamento della relazione. Quest'ultimo comportamento viene descritto da Sonia nel corso di un colloquio: *“Ho sentito che mi stavo legando troppo a lui. Ho paura che un giorno lui possa abbandonarmi come accaduto in passato con mio marito. Chi me lo dice che non andrà così? L'altro giorno ho provato a non salutarlo ed ignorarlo. Anche se questa cosa mi faceva male volevo capire se effettivamente lui poi mi cercava”*.

Questa attività di controllo, nell'episodio descritto da Sonia non è seguita dal comportamento di avvicinamento da parte dell'interessato. La successiva reazione della donna è di rabbia estrema, con annessa distruzione degli oggetti presenti nella sua stanza (mobili, letto, comodino).

Dopo aver ricostruito questo episodio con la paziente, il successivo lavoro terapeutico si è concentrato sulla gestione dell'impulsività monitorando costantemente l'intenzionalità delle sue azioni (*cosa pensavi di risolvere spaccando tutto? Cosa volevi ottenere?*). Si è proceduto poi alla ricerca di comportamenti sostitutivi dell'attività di controllo messa in atto precedentemente, sperimentando nuove modalità non disfunzionali di cercare la vicinanza, di fare richieste. Cerco di mantenere durante questi colloqui un atteggiamento comunque validante, spiegando a Sonia che il timore dell'abbandono è comunque un vissuto comprensibile in virtù del suo passato, ma che è comunque possibile cercare di dar seguito a questo timore attraverso reazioni comportamentali diverse e più funzionali.

Oltre che da questa attività di controllo, spesso il timore di abbandono è accompagnato anche da uno stato di ansia ed è in grado di riattivare in breve tempo il suo stato di vuoto.

Relazione con le figure d'aiuto e cicli interpersonali problematici

Anche i rapporti con le figure d'aiuto (psicologo, coordinatrice e operatori) sembrano risentire sin da subito degli stati problematici vissuti dalla paziente. Con alcuni operatori Sonia sembra aprirsi maggiormente ma spesso però, quando queste non si rendono disponibili per motivi diversi e non certo prevedibili (malattia, assenza da lavoro, riposo) nei momenti in cui lei avrebbe bisogno, si sente abbandonata e trascurata e questo finisce per alimentare il suo senso di vulnerabilità: *“nessuno è in grado di aiutarmi e di comprendere realmente quello che provo e che sento. Devo imparare a cavarmela da sola”*.

A due mesi esatti (novembre 2015) dall'inizio della terapia, un evento esterno non prevedibile mi costringe ad assentarmi da lavoro per diversi giorni. Commetto l'errore di non comunicare ai colleghi l'importanza di informare Sonia della mia assenza. Al mio rientro in comunità la settimana successiva Sonia evita il mio sguardo, mi saluta con freddezza e distacco, mi comunica di non avere più alcuna voglia di avere colloqui con me e mi informa che il nostro rapporto terapeutico può di fatto considerarsi concluso. Inizialmente, quasi senza accorgermene, sento salire in me la voglia di risponderle. Vorrei dirle che l'assenza non era certo programmata e che non era certo mia intenzione ferirla. Decido tuttavia di restare in silenzio e di cercare di capire quale sia il modo migliore per uscire da quella situazione complicata. Dopo il suo breve sfogo e dopo aver trattenuto a fatica la mia frustrazione, le chiedo se quello che sente adesso nei miei confronti somiglia a qualcosa già vissuta e sperimentata in passato. Si apre così un piccolo varco comunicativo nel quale tento faticosamente di inserirmi. Mi spiega che quello che prova in quel momento nei miei confronti è simile a quanto sperimenta da alcuni giorni nei confronti dell'utente con il quale è in relazione: *“Sento che mi sto legando troppo e che sto investendo troppo in questo rapporto. Invece devo cavarmela da sola. Avevo investito tutto anche in mio marito per poi trovarmi sola e abbandonata”*. A quel punto ho cercato di validare quanto da lei provato, provando a riformulare l'episodio e cercando alternative possibili rispetto all'esito da lei immaginato, vale a dire uno stato di abbandono. Al termine di questo faticoso colloquio, decidiamo di ridefinire insieme le regole della terapia: invito Sonia a tollerare maggiormente possibili cambiamenti di programma e mi impegno a comunicarle tempestivamente qualsiasi variazione improvvisa e non voluta.

Nel corso dei mesi di permanenza in comunità, Sonia migliora progressivamente le proprie abilità relazionali. Da una iniziale diffidenza e dall'attivazione di un *ciclo invalidante* nei confronti degli operatori (*“tanto nessuno potrà comprendermi”*) investe in alcune relazioni di aiuto, in particolare nella sua educatrice di riferimento, al punto da attivare un vero e proprio *ciclo protettivo*

idealizzante: “Riesco ad aprirmi solo con lei. Solo lei tra le educatrici è in grado di capire quello che sto passando”.

Qualche mese dopo, durante uno dei rientri in famiglia programmati, a partire da alcune frasi e comportamenti della figlia, Sonia deduce che le aspettative dei suoi familiari non convergono affatto con le proprie. Loro vorrebbero infatti un suo rientro a casa al termine del periodo di riabilitazione (termine inizialmente fissato per 12 mesi poi prorogato a 18) mentre lei vorrebbe andare a vivere inizialmente con il suo nuovo compagno. Anche in questo caso la reazione della donna si manifesta secondo il suo pattern tipico: iniziale chiusura con rifiuto di qualsiasi forma di aiuto per poi passare ad uno stato di rabbia che sfocia nella rottura di alcuni suoi oggetti personali presenti nella sua camera da letto. Solo dopo qualche giorno emergono le reali cause alla base della sua reazione, così come emergono pensieri personali legati ad una visione di sé vulnerabile, di persona non in grado di esplicitare le sue reali intenzioni ed i suoi bisogni. In tal modo Sonia è spesso passiva, incapace di perseguire i propri desideri e i suoi, seppur confusi, progetti di vita.

Nel corso delle sedute successive il lavoro terapeutico si concentra soprattutto sul potenziamento dell'efficacia personale. In particolare, partendo proprio dalle ultime vicende e incomprensioni con la figlia, ci si sofferma sui due ostacoli che non le permettono di raggiungere i propri obiettivi e di lasciare che gli altri considerino seriamente il suo punto di vista:

- Preoccupazioni circa le conseguenze negative (“*reagiranno male*”; “*se racconto a mio marito che voglio il divorzio reagirà malissimo*”)
- Preoccupazioni circa la sua presunta inefficacia (“*Non sono capace di dire alle persone quello che penso*”)

Dopo preso consapevolezza di questi ostacoli e una volta esplicitate al terapeuta le sue intenzioni, inizia un lavoro di messa in discussione e confutazione di queste credenze e valutazioni della paziente, con la ricerca di nuovi punti di vista e l'immaginazione di scenari meno catastrofici e più realistici. Questo lavoro produce alcuni risultati importanti: Sonia riesce finalmente ad esplicitare al marito il desiderio di una separazione consensuale, inizia ad esporre alle figure di aiuto dei bisogni e delle richieste fino a quel punto mai esternate, chiede che possano aumentare i suoi rientri in famiglia in modo da poter trascorrere più tempo con i figli, ed infine avanza la richiesta di recarsi dal nutrizionista ed iniziare una dieta dimagrante. Un altro lavoro svolto in questi mesi ha riguardato le sue abilità di regolazione emotiva. In particolare l'obiettivo di alcuni colloqui è stato quello di imparare a riconoscere le proprie emozioni negative a partire da alcuni segnali anticipatori (es. “*Quando mi sento triste inizio a rinchiudermi in me stessa e ad evitare il contatto con gli altri*”). Rispetto al suo tipico progressivo spegnimento dal quale lei spesso esce attraverso

l'attivazione di una relazione (talvolta anche intensa), si suggeriscono una serie di possibili alternative che le permettano di uscire comunque dallo stato depressivo per passare ad una condizione di relativo benessere. Sonia sperimenta così una saltuaria attività fisica, si dedica al cucito con la tecnica dell'uncinetto ed in generale si assiste ad una leggera riattivazione comportamentale che, soprattutto nei momenti di maggiore tristezza, sembra darle giovamento.

Nel mese di Luglio 2016 la donna viene raggiunta da una duplice notizia: il trasferimento in un'altra comunità del paziente con il quale lei intrattiene una relazione e la mobilità della sua educatrice di riferimento. E' soprattutto questa seconda notizia a destabilizzarla: inizialmente ella reagisce chiudendosi in se stessa e mostrando, almeno apparentemente, un calo del tono dell'umore. Le sedute successive si focalizzano nuovamente sul timore dell'abbandono e sul rischio di passare da una fase depressiva allo stato di rabbia abbandonica. Molto faticosamente prova a mettere in discussione questo suo timore di abbandono e inizia a considerare delle modalità di interazione alternative che le permettano comunque di "mantenere viva" la relazione pur in assenza di un contatto quotidiano. A seguito di questo episodio Sonia inizia a fidarsi per poi confrontarsi in misura sempre crescente anche con gli altri operatori della comunità.

Il distacco dal suo compagno, invece, sembra non turbarla più di tanto. Pochi giorni dopo si scopre che la paziente sta già frequentando un altro uomo (sposato) e che tra i due è attualmente in corso una relazione affettiva.

Ulteriori esiti

Nel corso dei mesi Sonia ha progressivamente perso 25 kg attraverso una dieta sana, seguita costantemente da una nutrizionista. A circa un anno dall'inizio della terapia Sonia riprende finalmente a pianificare il proprio futuro. Decide così di chiedere la separazione dal marito ed avvia le pratiche per il divorzio, convinta che questa decisione potrà aiutarla ad archiviare il suo triste passato. Nel frattempo riprende ad avere contatti frequenti con i suoi figli, effettua un lungo viaggio per far visita ad una delle sue sorelle e, pur restando diffidente, intensifica i suoi momenti di comunicazione con gli altri ospiti della comunità e con le figure d'aiuto. Tuttavia alcuni significativi miglioramenti non sono del tutto stabilizzati e ciclicamente Sonia si trova a vivere dei cali dell'umore durante i quali teme di vanificare il lavoro svolto in questi mesi.

Un altro importante risultato raggiunto è la drastica riduzione del numero dei ricoveri in SPDC: dai 5 del 2015 si è passati ad un solo ricovero nel 2016 ed uno nel 2017 (entrambi ricoveri volontari).

Sonia viene dimessa dalla comunità dopo poco più di due anni.

Antonio D'Errico
Psicologo-Psicoterapeuta, Cisternino (Br)
Specializzato a Lecce, training Semerari A. e Mosticoni R.
e-mail: antonio.derrico@teamservicepec.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it