

Un caso di Disturbo Borderline di Personalità

Marta Lepore¹

¹Centro Clinico De Sanctis, Roma

Riassunto

L'autore presenta un caso clinico di una paziente con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità. Nella prima parte viene inquadrato il caso dando rilievo all'anamnesi personale e familiare, allo stato mentale, ai motivi dello scompenso, ai meccanismi di mantenimento ed infine alla vulnerabilità della paziente. In seguito viene descritto il trattamento finora effettuato nelle sue specifiche fasi, con particolare attenzione alla relazione terapeutica.

Summary

The author illustrates a clinic case of a patient with a diagnosis of Border Personality Disorder. In the first part the case is based on the personal and familiar anamnesis, on the mental state, on the reasons of the decompensation, on the mechanisms of maintenance and, in the end, on the patient's vulnerability. Later on the treatment effected is described in its specific phases giving a particular attention to the therapeutic relationship.

Presentazione

C. è una donna di 40 anni, nubile, diplomata, di livello socio-economico medio. Lavora come coreografa e ballerina. Da 20 anni vive a Roma dove si è trasferita da una regione del centro Italia per studiare danza.

La pz mi è stata inviata ad aprile 2008 quando ha richiesto aiuto in seguito ad un "malessere generalizzato". Dopo 4 mesi di terapia, la pz fa un drop out; riprende la terapia a luglio 2009. Non ha mai intrapreso percorsi psicoterapici in passato e non fa trattamento farmacologico.

Anamnesi individuale

9 anni: trasferimento della famiglia in una villa isolata. C. ricorda di aver provato per la prima volta un senso di vuoto e di solitudine; ricorda di quel periodo 2 episodi prototipici della sua paura di essere abbandonata dalla madre e del suo essere compiacente con il padre. Inizia danza.

scuola superiore: primi episodi dissociativi (depersonalizzazione, derealizzazione). Mentre studiava o quando era rilassata, le capitava di percepirsi staccata dal suo corpo o di non riconoscere per breve tempo l'ambiente circostante.

19 anni: si trasferisce a Roma per fare una scuola di danza. Si manifesta il primo episodio bulimico (con condotta di eliminazione). La pz ricorda di aver pensato "in effetti è facile fare così, posso mangiare e poi vomitare per non ingrassare"; aveva bisogno di essere magra per poter entrare nella scuola ma si abbuffava per riempire il senso di vuoto che avvertiva dentro di sé. Le abbuffate erano vissute come un momento che dedicava a se stessa, una gratificazione subito seguita però dal vomito, vissuto invece con grande senso di colpa. Il DCA dura fino ai 27 anni circa.

21 anni: 1° rapporto sessuale. Inizia una serie di relazioni sentimentali e sessuali di cui la maggior parte con uomini più giovani di lei e "problematici" (di cui lei si prendeva cura), tranne una con un uomo molto più grande di lei.

27 anni: rimane incinta di C. ma interrompe la gravidanza (1° aborto). Episodio depressivo in quanto avvertiva che una parte intima di sé le era stata tolta.

29 anni: relazione con E., ragazzo possessivo che a volte la picchiava. Dopo 1 anno di storia lei resta incinta e lui mette in dubbio la paternità del bambino. Interrompe la gravidanza a Natale (2° aborto), affrontando tutto da sola. L'intervento stesso è stato traumatico per lei perché era sotto anestesia parziale. La relazione comunque continua e dopo 5 anni iniziano a fare progetti di convivenza ma poi lui la lascia per un'altra "con cui non può neanche esserci un confronto" (una persona famosa).

35 anni: morte del padre per suicidio a causa di problemi economici (debiti con la banca per cattivi investimenti a seguito dei quali viene pignorata la villa di famiglia). Si sente delusa e tradita dal padre ed arrabbiata con lui per ciò che ha fatto. Dice che con la sua morte volontaria (la pz non ha mai usato il termine "suicidio"), egli ha distrutto ciò che egli stesso le ha sempre fatto credere e che lui rappresentava ("abbi fede perché le cose si aggiustano", "va tutto bene, ci penso io, non ti preoccupare").

36-37 anni: C. soffre di attacchi di panico dopo una serie di abbandoni. Seguono evitamenti (luoghi chiusi, scene di morte nei film), paura di morire, di perdere il controllo e di impazzire. Periodo caratterizzato anche da malessere fisico (sensazione costante di avere la febbre, rush cutanei).

Anamnesi familiare

Madre

La pz riferisce di non avere molti ricordi della madre legati alla sua infanzia. La ricorda come una donna affettiva solo verbalmente ma non nei gesti; non c'è mai stato un vero scambio affettivo. C. afferma che sua madre è la figura fragile in famiglia; la classica donna emotiva che vive sotto l'ombra del marito; rappresenta il prototipo di una donna debole e compiacente con il marito. Viene descritta come ansiosa,

depressa (in quanto ha sacrificato tutte le sue aspirazioni per il marito) e con un rapporto bulimico col cibo.

C. non ha mai cercato il sostegno della madre perché la riteneva più fragile e sprovveduta di lei; “se mi fossi confidata, mia madre non avrebbe retto il colpo”, “le poche volte che ho provato ad appoggiarmi a lei alla fine mi ritrovavo a consolarla”.

Padre

C. definisce suo padre come una persona con due poli opposti; da un lato era una persona che la lasciava libera e la faceva divertire molto e dall'altra era anche un padre violento. Dice di essere stata picchiata spesso da lui quando era piccola; a volte le botte erano così forti che le lasciavano dei segni sul corpo. Ricorda che quando era piccola si comportava come un maschietto per piacere al padre. Quando C. diventa adolescente, suo padre non voleva che lei esprimesse la sua femminilità ed anche per questo motivo era contrario alla scelta della danza e non ha mai voluto vederla ballare .

Diagnosi

La pz soddisfa i criteri per la diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità. Nello specifico emergono un quadro di relazioni interpersonali instabili ed intense in cui la pz compie sforzi disperati di evitare un abbandono, alterazione dell'identità, impulsività in aree potenzialmente dannose per il soggetto (comportamento sessuale promiscuo, abbuffate), instabilità affettiva dovuta a marcata reattività dell'umore, sentimenti cronici di vuoto, sintomi dissociativi transitori. Tale diagnosi viene confermata dalla valutazione testologica (SCID II, MMPI-2) in cui si segnala una tendenza a ricercare attivamente i contatti interpersonali con forte propensione alla compiacenza; un asse timico caratterizzato da rapida alternanza del tono dell'umore; una bassa tolleranza alla frustrazione con tendenza all'autocritica, alla colpevolizzazione ed all'autovalutazione.

Stato Mentale

Nella figura 1 è sintetizzato lo stato mentale che regola i sintomi, così come ricostruito in terapia. Inoltre, sono rintracciabili come elementi del nucleo basilico del sé della pz:

Sé vulnerabile: percezione della pz di poter essere facilmente ferita e sfruttata; tale percezione è legata al senso di indegnità personale della pz

Stato di minaccia: la pz percepisce se stessa come vulnerabile ed il mondo come minaccioso, pericoloso, abbandonico

Stato di vuoto e di anestesia emotiva: quando la pz non tollera la pressione della sua percepita indegnità e vulnerabilità, si distacca da tutto e tutti entrando in uno stato di vuoto che lei descrive come un muro bianco paralizzante. Tale senso di vuoto è percepito dalla pz come una totale e intollerabile

manca di scopo, per cui solitamente in questi momenti la pz ha pensieri suicidari o mette in atto comportamenti impulsivi.

A	B	C
Pensa ad alcune situazioni del suo passato	Sono stata sfruttata e umiliata	Tristezza Pianto Vergogna
	Non ho posto la giusta attenzione su di me e mi sono lasciata sfruttare	Senso di colpa
	Perché sono caduta in questa situazione? Non so vivere in questo mondo	Inadeguatezza Autosvalutazione
	Mi sono affidata e mi hanno sfruttata	Rabbia Tristezza
C-A'	B'	C'
Tristezza Vergogna Senso di colpa Inadeguatezza Rabbia	Va beh, che mi frega ... mi ammazzo ... tanto guarda come sono ridotta. Sono stanca ... la morte potrebbe essere una liberazione ... se non fosse per mia madre che non sopporterebbe questa altra perdita ...	Tristezza +++ Apatia Senso di vuoto Somatizzazioni

Figura 1. Stato mentale della paziente

La pz mostra, inoltre, i tipici deficit metacognitivi del BPD:

- Deficit di gerarchizzazione: iperproduzione di narrazioni e non gerarchizzazione dei contenuti
- Deficit di integrazione: rappresentazioni di sé e di sé con l'altro caotiche (es. rapporto col padre); rappresentazioni di ruolo non integrato
- Disregolazione emotiva
- Deficit di differenziazione. La pz tratta le proprie rappresentazioni mentali come reali e non come soggettive e ipotetiche.

Scompenso

In ordine cronologico, nell'arco di un anno, la pz subisce una serie di abbandoni da parte di figure maschili molto significative:

- Il fidanzato la lascia per un'altra donna
- Il padre si suicida
- Il cane maschio scappa di casa

Questi eventi hanno provocato nella pz un grave malessere che l'ha portata a cercare aiuto specialistico, ma comunque sono eventi intervenuti in una profilo personologico già caratterizzato da una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e da una marcata impulsività.

Mantenimento

Circolo vizioso tra: Sé vulnerabile - Stato di minaccia - Stato di vuoto e anestesia emotiva - Gestione disregolata del vuoto (pensieri suicidari e/o comportamenti impulsivi) - Sé indegno

Cicli interpersonali: la scelta di partner "indisponibili emotivamente" va a confermare e rinforzare il senso di indegnità della pz

Comportamenti impulsivi che riducono nell'immediato l'intensità dello stato emotivo ma non permettono alla pz di sperimentare che può gestire stati emotivi negativi

Bassa autostima nucleare che crea un senso di sfiducia nella pz e rinforza lo svilimento dell'immagine personale

Mood congruity effect: lo stato emotivo induce nella pz un'ideazione congruente all'umore che, a sua volta, induce l'emozione congruente.

Vulnerabilità

Nella storia di vita della pz sono rintracciabili esperienze prototipiche di vergogna e ridicolarizzazione da parte del padre e di solitudine e abbandono da parte della madre. L'ambiente familiare della pz era caratterizzato da una costante invalidazione emotiva; il modello femminile offerto alla pz dalla madre era quello di una donna compiacente e sessualmente attraente. Sono inoltre presenti esperienze traumatiche quali violenze fisiche in famiglia e aborti. Da ulteriore valutazione testologica (Adult Attachment Interview) risulta uno Stile di Attaccamento Disorganizzato.

Attualmente, ciò che rende vulnerabile la pz è una sensibilità al senso di vuoto, un tema di vita abbandonico, una spiccata sensibilità al giudizio altrui e alla vergogna ed una forte tendenza alla compiacenza. Inoltre, la pz manifesta uno scopo di vita ambivalente : voler essere "donna" come la madre ma anche l'opposto di sua madre perché ansiosa, depressa e frustrata. Risultano pervasive delle credenze patogene di indegnità.

Trattamento

1ª fase: 4 mesi

L'obiettivo concordato in questa prima fase è stato quello di ridurre la sintomatologia ansiosa-depressiva. Strategicamente questo è stato effettuato con la raccolta anamnestiche e con la ricostruzione della storia di vita della pz. Di grande importanza si è rivelata in questa fase una costante validazione emotiva nel condividere lo stato mentale della pz.

Dopo 4 mesi di trattamento, la pz fa un *drop-out* e non torna dopo le vacanze estive.

Ritengo che vari fattori abbiano causato l'abbandono della terapia; sintetizzo di seguito gli elementi che ritengo abbiano giocato un ruolo cruciale.

L'aumento della consapevolezza della pz ha provocato un incremento della sua sofferenza. La pz è arrivata da me "anestetizzata emotivamente" e con le sue strategie per far fronte ai suoi sentimenti di vuoto che, per quanto disfunzionali, le permettevano di fronteggiare il malessere. L'aver preso consapevolezza del suo funzionamento e del suo stato mentale da una parte le ha permesso di sentirsi compresa e meno sola, dall'altra ha accresciuto il suo malessere.

Inoltre, è stato rilevante ai fini del drop out il timore del giudizio della terapeuta in relazione ad una scelta sentimentale della pz. Infatti, durante il periodo estivo, la pz ha avuto una relazione sentimentale che si basava esclusivamente su sms; C. non ha mai visto quest'uomo e non ci ha mai parlato telefonicamente. Ha scoperto solo dopo molti mesi che questa persona non esisteva in realtà e che dietro c'era una donna che lei riteneva molto amica. Quando C. è tornata in terapia mi ha detto "mi sento talmente cretina per essere caduta in una situazione del genere! Quando credevo di essere fidanzata tutte le persone che mi conoscono mi dicevano "ma non ti accorgi che questa situazione è assurda?". Ho pensato che anche lei mi avrebbe fatto ragionare ed io in quel momento non volevo farlo perché avevo bisogno di sentirmi amata anche se solo per sms".

Dopo 11 mesi la pz mi ricontatta (dopo la fine della pseudo-relazione) e credo che i motivi di questo gesto siano ascrivibili essenzialmente alla sensazione della pz di essere stata capita e validata da un punto di vista emotivo, esperienza per lei inedita. A questo punto ho adottato anche un diverso approccio terapeutico, chiarendo le regole del setting (chiare e condivise) e scegliendo una strategia terapeutica differente con obiettivi realistici e condivisi.

2ª fase

Il 1° obiettivo è stato quello di ricostruire l'alleanza terapeutica dopo il drop out, analizzandone congiuntamente i motivi.

La self disclosure della terapeuta (ad esempio su una scarsa regolazione del setting) ha permesso alla pz di capire che avere dei limiti/colpe non implica una diminuzione del proprio valore personale; la self disclosure ha prodotto una maggiore fiducia realistica nella terapeuta invece dell'idealizzazione; ha permesso la validazione e la normalizzazione di ciò che provava la paziente (vergogna nei confronti della terapeuta) con un meccanismo di modeling.

La condivisione del modello teorico di riferimento in questa fase ha permesso alla pz di sentirsi compresa e di normalizzare il suo disagio.

Infine abbiamo attuato una riformulazione del contratto terapeutico in termini di regole del setting e obiettivi condivisi.

Il 2° obiettivo prevedeva l'autosservazione e la legittimazione dello stato mentale della pz ed un aumento della sua consapevolezza sul proprio stato mentale.

Tecniche usate:

- Focus sul “qui ed ora”, su aree problematiche emotivamente meno intense (realtà quotidiana della pz, problemi comportamentali specifici)
- Individuazione e denominazione degli stati problematici (per creare un lessico comune) e trattamento in vivo degli stessi con ricostruzione di ABC in seduta per permettere alla pz di prendere contatto progressivamente con le sue difficoltà attuali e di connettere i comportamenti alle emozioni.
- “Riassunto delle puntate precedenti”: utilizzo di promemoria per rievocare le tematiche affrontate nel corso delle sedute al fine di permettere alla pz di sentirsi all'interno di una relazione stabile e coerente.
- Tecniche di validazione, condivisione e accettazione con frequenti momenti di sintesi.

Il 3° obiettivo è stato quello di lavorare sulla gestione disregolata del vuoto.

Tecniche:

Apprendimento strategie di coping per superare il momento con attività distraenti (es. rilassamento, preghiera, attività fisica) oppure prendendosi cura di sé stessa con i 5 sensi.

In questa fase è stata discussa con la pz la possibilità di telefonare alla terapeuta in casi di assoluta emergenza, chiarendo che ricorrere alla terapeuta in momenti di crisi acuta non implica diventare dipendenti da lei o dalla terapia (timore espresso dalla paziente).

Infine, è stato condiviso con la pz il funzionamento degli episodi dissociativi che la pz sperimenta quando avverte il senso di vuoto (“mi vedo da fuori come una particella, mi sdoppio ... mi sembra di fluttuare nel vuoto e non di stare in casa. Mi spavento quando mi capita e allora cerco di sentire il rumore del traffico per sentire la vita”). A tal fine abbiamo scritto dei promemoria da utilizzare in quei momenti per imparare a “sentire” l'emozione del momento senza lasciarsene sopraffare.

Esiti

Attualmente è presente una buona alleanza terapeutica; il percorso si svolge in un clima di fiducia reciproca e collaborazione in una relazione stabile.

La pz è in grado di gestire problemi comportamentali specifici cogliendo il nesso tra i suoi comportamenti e le sue emozioni. Non si sono più manifestati comportamenti impulsivi e/o pensieri suicidari in quanto la pz è capace ora di gestire i momenti di “tempesta emotiva” e la sensazione di vuoto grazie alle strategie di coping apprese e a capacità metacognitive più evolute. Anche le relazioni interpersonali sono lievemente migliorate soprattutto per quanto riguarda il rapporto con l'attuale compagno e con la madre, rapporti in cui la pz si mostra più assertiva e meno compiacente.

Nella fase attuale della terapia stiamo iniziando a lavorare sul concetto di valore personale, che per la pz è legato esclusivamente all'essere coinvolta in una relazione sentimentale; a tal fine stiamo cercando di

creare nuovi investimenti personali (lavorativi, abitativi, sociali) che facciano sentire la pz centrata su di sé e non solo su un compagno.

Inoltre, stiamo iniziando a recuperare la prospettiva storica della pz al fine di inquadrare la sua storia di vita, segnata da momenti drammatici e traumatici (es. suicidio del padre), in un percorso che le permetta, da una parte, di sentirsi inserita in un processo continuo, dall'altra di prendere distanza dall'immediatezza dell'esperienza vissuta.

Ulteriori obiettivi futuri riguardano la creazione di nuovi schemi di relazione interpersonale e l'analisi della molteplicità delle rappresentazioni del sé per esplorare gradualmente i processi cognitivi ed emotivi che sottendono i comportamenti caotici ed il senso di vulnerabilità personale.

Marta Lepore

Centro Clinico De Sanctis, Roma

Specializzata a Roma, training Mancini

marta.lepore@hotmail.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