

IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA'

*Dipietro Marianna, Bruno Veronica, Liotta Edvige
ISP, Istituto per lo studio delle Psicoterapie*

RIASSUNTO

Il Disturbo Borderline è un disturbo della personalità caratterizzato da instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e nelle relazioni affettive, e da impulsività elevata. Una percentuale dal 30% al 60% dei pazienti con Disturbo della Personalità è affetta da Disturbo Borderline: ciò lo rende il Disturbo di Personalità maggiormente diffuso. Questo lavoro affronta il tema della personalità borderline partendo dalla definizione del disturbo, integrandone gli aspetti diagnostici, eziologici e delineando alcune ipotesi di trattamenti terapeutici specifici per il paziente affetto da questo disturbo di personalità. L'articolo contiene inoltre un'esperienza di vita reale, che evidenzia la dinamica comportamentale e relazionale di un soggetto affetto da tale disturbo.

Parole chiave: Borderline, Disturbo di personalità, Relazioni interpersonali.

SUMMARY

The borderline personality disorder (BPD) is a personality disorder characterized by instability in interpersonal and emotional relationships, in the perception of self-image and high impulsivity. A percentage ranging from 30% to 60% of patients with personality disorders suffers from BPD; this makes this disorder the most widespread of Personality Disorder.

This paper addresses such issue starting from the definition of borderline personality disorder, integrating the diagnostic aspects, etiology and explaining some perspectives on specific treatments for patients suffering from this personality disorder. The article also includes a real life experience, which highlights the behavioral and relational dynamics in a patient affected by the disorder.

Keywords: Borderline personality disorder, interpersonal relations

Nell'opera "Parerga e Paralipomena" di A.Schopenhauer si trova scritto:

"Una compagnia di porcospini, in una fredda giornata d'inverno, si strinsero vicini per proteggersi, col calore reciproco, dal rimanere assiderati. Ben presto, però, sentirono le spine reciproche; il dolore li costrinse ad allontanarsi di nuovo l'uno dall'altro. Quando poi il bisogno di scaldarsi li portò di nuovo a stare insieme, si ripeté quell'altro malanno; di modo che venivano sbalottati avanti e indietro tra due mali..."

Questa breve storiella in psicoanalisi spiega in modo sintetico ed immediato molte delle reazioni patologiche, tipiche di quelle persone che vengono diagnosticate come affette da patologia borderline. Si tratta di persone, infatti, che provano angoscia di distruzione e invasione quando l'altro si avvicina "troppo" e angoscia di vuoto e di abbandono quando l'altro si allontana "troppo".

INTRODUZIONE

Il disturbo borderline di personalità è una entità diagnostica complessa e controversa: esso è innanzitutto un disturbo della relazione, che impedisce al soggetto di stabilire rapporti di amicizia, affetto o amore stabili nel tempo. Le persone affette da questo disturbo trascinano partner, amici e parenti in una spirale carica di emotività, dal quale spesso è difficile uscire; essi infatti sperimentano emozioni devastanti e le manifestano in modo eclatante, drammatizzando ed esasperando molti aspetti della loro vita o i loro sentimenti, proiettando le loro "mancanze sugli altri", atteggiandosi a vittime degli altri quando in realtà ne sono spesso i carnefici per poi "cambiare" nel giro di poco tempo, destabilizzando così quanti hanno a che fare con loro. Possono essere dipendenti dalle persone cui sono legati e, nello stesso tempo esprimere un'enorme rabbia nei loro confronti quando vengono frustrati. Tuttavia, non riescono a tollerare la solitudine e preferiscono una frenetica ricerca di compagnia, indipendentemente da quanto possa essere soddisfacente o meno. Le relazioni vissute da questi soggetti sembrano essere caotiche e di breve durata ma estremamente intense; esse presentano periodi di idealizzazione e supervalutazione dell'altro, che spesso virano nella direzione opposta, trasformandosi anche in atteggiamenti denigratori e collerici di notevole intensità. L'elemento scatenante può essere la

più piccola critica o un accenno ad un rifiuto. Frequenti sono gli atteggiamenti minacciosi, così come i tentativi di suicidio o di automutilazione, dovuti al senso di vuoto e depressione che affliggono cronicamente queste persone e *“anche quando non ricorrono alla violenza, a volte distruggono la persona che dicono di amare”*.

In generale il comportamento autolesivo può comprendere anche gioco d'azzardo, spese folli, uso e abuso di sostanze, guida spericolata, sessualità promiscua, condotte antisociali e si associa a scoppi improvvisi di rabbia intensa. Come li definiscono Belloni, Battaglia e Migone questi pazienti sono *“ persone di cristallo ,delicate da toccare, facili da rompersi e pericolose quando sono in frantumi”*(Belloni ,Battaglia e Migone,1992).

“ Bordeline tutto e niente, solo guai tra corpo e mente, dipendente da un pensiero diffidente. Confusioni tra le azioni e propositi buoni, chi cresce tra due fuochi e chi per dolori ha due cuori ”. (P.Argento)

Criteri

Il Disturbo Borderline di Personalità comincia di solito a manifestarsi nella prima età adulta ed è più frequente tra le donne rispetto agli uomini;

Per la diagnosi di BDP è necessario che il soggetto soddisfi almeno 5 dei seguenti criteri:

1. Sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono.
2. Un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto come ad esempio spendere eccessivamente, promiscuità sessuale, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate, ecc.
5. Ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento automutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.

“Troppo difficile andare avanti.. impossibile tornare indietro”

(A. Passmore)

Collegamento tra la storia interpersonale, disorganizzazione dell'attaccamento e rappresentazione di sé

Le cause del disturbo restano sostanzialmente sconosciute, non esistono dati certi anche se sono state sviluppate numerose teorie, alcune delle quali vengono considerate piuttosto attendibili. Vi sono evidenze che in alcuni soggetti possa essere coinvolta una componente genetica o altri fattori biologici. Per la maggior parte dei pazienti entrano in gioco fattori psicologici, come per es. aver subito un trauma infantile (maltrattamento, violenza sessuale, abbandono).Secondo gli psicologi evoluzionisti alla base del disturbo vi sarebbe un tipo particolare di relazione che si instaura nella prima fase della vita tra il bambino e la figura che lo accudisce, in particolare essi parlano di *“attaccamento disorganizzato”*, intendendo con questo termine l'impossibilità da parte del bambino di farsi un'idea stabile di come *“funziona”* la figura accudente e in particolare della modalità di risposta ai segnali di richiesta di *“cure”* che il bambino istintivamente emette nel momento del bisogno (fame, bisogno di essere pulito, dolore, ecc.). Quello che

manca nella relazione madre- figlio non è tanto la coerenza della risposta, quanto una sintonia tra il gesto e l'emozione ad esso associata, che il bambino percepisce soprattutto attraverso l'espressione del viso materno. Si tratta spesso di madri che pur accudendo normalmente il bambino sul piano materiale, sono turbate a livello emotivo per i motivi più disparati non riuscendo così a fornire quella "base sicura" di cui il bambino ha inevitabilmente bisogno.

Nell'analisi di questi pazienti risulta di fondamentale importanza la loro elaborazione concernente il trauma di base. Questa elaborazione avviene mediante tre dinamiche basilari:

a) la scissione: è una dinamica intrapsichica che serve a sopportare il trauma; la rabbia non è rimossa ma viene coperta e gestita: questo spiega come essa può esplodere per situazioni contestuali diverse ed improvvise.

b) la maschera: rappresenta la modalità comportamentale che copre la parte scissa del Sé, quella parte contenente gli aspetti ostili e distruttivi; essa genera poi la più immediata delle sensazioni nei confronti del borderline: quella della *inautenticità*. La maschera è il risultato della "indecifrabilità" del caregiver, cioè di quella incongruenza tra gli stati interni e le espressioni esternate dalla figura di accudimento. In questo dilemma il bambino può pensare all'altro come portatore di una maschera usata per nascondere il mondo interno. Di fronte a questa situazione, soprattutto se ripetuta nel tempo, il bambino tende a difendersi con una modalità *imitativa* ("anche io posso avere una maschera"), oppure può attuare una formazione difensiva primaria ed autonoma ("non posso far capire cosa sento. Quindi debbo assumere una maschera").

Comunque con due meccanismi diversi arriva a strutturare una *sua maschera* per nascondere i suoi stati affettivi che spesso, proprio a causa di questa dinamica, sono intrisi di ostilità.

c) la tendenza a far impazzire l'altro: questa dinamica assolve due funzioni: da una parte vendicarsi per i torti subiti precedentemente, dall'altra liberarsi di proprie dimensioni negative.

Fin quando riesce a gestire la scissione, la maschera e l'attacco all'altro, il borderline si comporta come un "normotico", ovvero come una persona che, da chi la conosce superficialmente, viene definita persona normale ed a volte anche simpatica; di parere diverso sono invece le persone che intrattengono con lei, rapporti significativi ed emotivamente importanti.

Solo quando non riesce più a gestire queste dinamiche, il borderline tende a chiedere aiuto: richiesta di aiuto che può avere i caratteri dell'urgenza e della drammaticità, perché egli intuisce il rischio di una rottura molto grave.

"Amor est mihi causa sequendi, è per amore che ti inseguo"

Ovidio

Ipotesi di trattamento

Anche se molte persone sono ancora scettiche circa la terapia del disturbo, si nutre una fiducia sempre maggiore in alcune forme di psicoterapie. Attualmente risultano maggiormente efficaci i trattamenti che includono terapie diverse e intensive. Negli ultimi anni è stata sperimentata con un discreto successo una tecnica di derivazione cognitivo-comportamentale, chiamata "**terapia dialettico-comportamentale**", la quale nasce dal presupposto che la principale difficoltà dei soggetti con disturbo borderline è quella di gestire le proprie intense emozioni (disregolazione emotiva). Obiettivo fondamentale di questo tipo di terapia è quello di ridurre i comportamenti che interferiscono sia con la terapia, che con la qualità della vita del paziente (come i comportamenti autolesivi). Il trattamento si struttura in sedute di gruppo, che si tengono 1 o 2 volte la settimana per almeno un anno, associate a sedute individuali con cadenza settimanale. Il nucleo centrale del trattamento consiste nell'apprendere modalità adeguate di regolazione emotiva. Si cerca in questo modo di contrastare gli effetti negativi provocati, durante l'infanzia, da un ambiente familiare fortemente invalidante.

Il lavoro in gruppo è arricchito da tecniche psicoeducative e si articola nei seguenti moduli:

- 1) abilità di mindfulness (versioni psicologiche e comportamentali delle tecniche di meditazione derivate da pratiche spirituali orientali, in particolare dalla filosofia Zen),
- 2) abilità di efficacia interpersonale,
- 3) abilità di regolazione emotionale,
- 4) abilità di tolleranza della sofferenza mentale.

Altre tecniche psicoterapeutiche utilizzate sono la psicoterapia di stampo analitico modificata da Kernberg; la psicoterapia cognitivo-comportamentale adattata al DBP.

La terapia farmacologica attualmente viene utilizzata come supporto alla psicoterapia, per il trattamento dei sintomi del paziente quali ad esempio l'impulsività, i disturbi affettivi e il discontrollo comportamentale; l'attenuazione di tale sintomatologia consente al soggetto borderline di accedere ad un trattamento psicoterapeutico con maggiore efficacia.

"Perché salvarsi da coloro che non possono essere salvati si può"

FRAMMENTI DI VITA...

“ Ci siamo conosciuti quando io andavo all'Università , in un periodo per me di totale spensieratezza, in cui “non avevo la testa ma soprattutto la voglia” di una relazione. Pian piano però lui ha iniziato a “stregarmi” con il suo fascino misterioso e il suo modo “dannatamente romantico” di corteggiarmi e farmi sentire unica. Senza nemmeno accorgermene ha fatto breccia nel mio cuore e mi ha “insegnato” ad amarlo..ad amare come mai avevo fatto prima, ignara del fatto che quello stesso amore sarebbe un giorno diventato il mio peggiore incubo..

Ancora oggi mi domando se si possa provare amore e nello stesso tempo odiare con tutta te stessa chi in qualche modo ti ha cambiato la vita. Purtroppo l'unica risposta che riesco a darmi è affermativa: prima ancora che il cervello possa riflettere ti senti inglobata in un vortice di emozioni contrastanti e, nonostante tu sia ancora in tempo per uscirne senti che lasciarti andare e trasportare in questo vortice sia l'unica cosa da fare..

I primi tempi della nostra storia mi ritenevo la persona più fortunata del mondo, per lui ero la donna più bella e più dolce che avesse mai incontrato. Si fermava a fissarmi in situazioni e contesti del tutto diversi con uno sguardo adorante che trasmetteva tutta la sua passione e con parole che giorno dopo giorno mi facevano sempre di più sentire sua, sua e solamente sua. Infatti questo era il suo scopo : nel giro di poco tempo mi sono allontanata dai conoscenti, dai vecchi amici, e cosa peggiore, dalla mia famiglia che è da sempre la parte più importante della mia vita.

Inizì ad essere furiosamente geloso di ogni mio passo poiché “ *le persone sono cattive...* “io mi fido di te ma non degli altri” e quindi il cassiere del supermercato, il collega, il professore dell'Università e perfino il medico avevano uno scopo secondario con me..tutti erano nemici e lui il mio salvatore, invece era tutto il contrario: lui era il lupo travestito da cacciatore..ed io cappuccetto rosso..

Nel frattempo lui continuava a cambiare lavoro e spendere i suoi soldi comprando gli oggetti più disparati per poi rivenderli dopo neanche una settimana ed inutili erano i miei tentativi di distoglierlo da tale “attività”.Con i lavori diversi arrivavano anche gli “amici” diversi che un giorno erano simpaticissimi fidatissimi e il giorno seguente cadevano nel più totale dimenticatoio.

Io, intanto, più mi allontanavo dalle persone per me significative e più mi avvicinavo a lui, il quale invece di esserne contento si distaccava ogni giorno di più; non mi guardava con la stessa passione, con lo stesso amore anzi, il suo sguardo ora esprimeva noia, qualche volta anche disprezzo. La persona che mi aveva insegnato ad amare mi stava togliendo quella stessa fonte da cui attingevo; mi inventavo le situazioni più romantiche per “riportarlo a me” ma risultavano solo totali fallimenti, finché una sera, dopo il mio ennesimo sfogo lui mi disse che non mi meritava e che forse sarebbe stato meglio lasciarci.

Dopo una settimana di disperazione estrema cominciai a farmene una ragione e , soprattutto, ripresi a “vivere”o almeno quello era il mio obiettivo perchè lui tornò, dicendomi che ero tutta la sua vita e che senza di me si sarebbe ucciso; iniziò così a compiere gesti di autolesionismo ed io, sentendomi in colpa (mi sembrava di cogliere in quei gesti un grande segno d'amore nei miei confronti), tornai ad avvicinarmi a lui.

Inizì una sorta di balletto fatto di avvicinamenti ed allontanamenti, io mi aspettavo che lui mi dimostrasse un reale “interesse” prima di attuare un reale “ritorno”, ma lui, avendo raggiunto il suo scopo continuava ad essere altalenante al punto da “farsi scoprire” sotto casa mia in atteggiamenti affettuosi con un'altra.

A quel punto “decisi” di cancellarlo dalla mia vita e lui per un po' sembrava aver accettato e condiviso questa mia scelta ma, come al solito dopo un po' “ricompare” più determinato che mai a *riprendersi ciò che è suo!!!*

Inizì a telefonarmi a tutte le ore del giorno e della notte, e più non rispondevo più lui insisteva..mi mandava un'infinità di sms al giorno che passavano dalle frasi più dolci alle minacce più spaventose (“*se scopro che ti vedi con qualcuno ammazzo prima te e poi me*”... oppure..“*mettitele in testa che sarai mia per sempre anche contro la tua volontà*”).

Cambiai numero di telefono e smisi di frequentare le lezioni all'Università ma era tutto inutile, anzi, più cercavo di allontanarmi da lui più mi allontanavo da me stessa : non riuscivo a studiare, non mangiavo quasi più e la notte non riuscivo a dormire (quelle poche volte che il citofono non suonava fino a che io stremata e con mille sensi di colpa per le mie coinquiline vittime indirette della follia di quell'uomo non mi infilavo la giacca e con ancora sotto il pigiama scendevo a “placare” la sua ira che tramutava in un pianto diretto con mille scuse e mille promesse che mi avrebbe lasciata stare perchè piuttosto che fare del male al *suo più grande amore si sarebbe tolto la vita*).

Parole, parole, parole. Ho capito troppo tardi che l'unico amore che quell'uomo provava era per se stesso e non sarebbe mai arrivato a fare quell'estremo gesto; nonostante questo, io, animata da uno “spirito salvifico” cercavo di aiutarlo tirandolo fuori da quel suo stato e invece..è stato lui a trascinare me dentro quella confusione e quel dolore che si portava appresso..

Morale della favola: questa “altalena” è durò per altri due anni durante i quali ho veramente vissuto cose che non augurerei al mio peggior nemico, ma finalmente sono riuscita a porre fine a questa terribile esperienza; mi sono laureata e sono tornata a casa mia, con la paura che forse mi avrebbe inseguita, che mi avrebbe cercata, pedinata. Ma l'ho fatto, con l'aiuto della mia famiglia e dei miei amici che mi sono stati vicino, lasciandomi alle spalle quell'incubo che mi ha tolto anni di vita e di serenità.

Oggi mi sento finalmente libera, più “lucida”e sicuramente più forte ma nonostante questo, in qualche modo ogni tanto, anche se so di essermi salvata, ripenso a lui. I lividi passano, le ferite guariscono, ma purtroppo per il cuore non c'è rimedio. Lui ha lasciato dentro di me un dolore, che, nonostante tutti i miei sforzi, non passerà mai.

Adoravo una canzone che proprio lui mi aveva fatto conoscere. La ascoltavo di continuo, ma era in inglese per cui non ne capivo il significato; tempo dopo per caso ho trovato la traduzione del testo. Ne riporto giusto due righe:

Guarda i miei occhi sono solo ologrammi

Guarda il tuo amore mi ha fatto sanguinare le mani

Dalle mie mani sai che non sarai mai

Più di uno sbandamento nella mia lucidità.

CONCLUSIONI

In questo lavoro si intende offrire una breve panoramica sui diversi aspetti che aiutano a definire il concetto di disturbo Borderline di personalità; sono state riassunte le linee principali che hanno visto e trattato tale disturbo anche mettendo a confronto i metodi e le terapie dello stesso. Infatti, nonostante l'ambiente familiare sia certamente un elemento importante per favorire il cambiamento, da solo non può determinarlo; spesso i familiari di questo tipo di pazienti compiono enormi sforzi per tentare di individuare la modalità di interazione più corretta con il proprio caro, per trovare le parole più appropriate per interagire con loro. Il paziente borderline è un paziente che ha bisogno di un trattamento mirato effettuato secondo protocolli specifici che, in molti casi, prevedono l'abbinamento di una psicoterapia individuale ad una psicoterapia di gruppo ad un costante monitoraggio farmacologico effettuato da professionisti che abbiano ricevuto un training specifico. Ad arricchire il tutto è stata aggiunta una testimonianza di vita che, drammaticamente, evidenzia la realtà di chi si trova a vivere accanto ad una persona affetta da tale disturbo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Benedetto A.M., Cotugno A., 2000 *Il Paziente Borderline*, Milano Franco Angeli;
- Bergeret, J., 2002 *La personalità normale e patologica. Le strutture mentali, il carattere, i sintomi*, Collezione: psicologia clinica, Raffaello Cortina editore.
- Clarkin, J., Yeomans, Frank E., Kernberg Otto F., 2000 *Psicoterapia delle personalità borderline*, Raffaello Cortina editore.
- Dimaggio G.; Semerari A.; 2007, *I disturbi di Personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali.*; Laterza.
- Gunderson, J., 2003, *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina editore.
- Kernberg Otto F., 1987, *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri.
- Maffei, C., 1993 *Il disturbo borderline di personalità. Prospettive sulla diagnosi*, Torino, Bollati Boringhieri;
- Maffei, C., 2008, *Borderline. Struttura, categoria, dimensione.* Cortina Raffaello

FONTI:

http://www.ipsico.org/disturbo_borderline_di_personalit%C3%A0.htm

<http://www.terzocentro.it>

http://www.salus.it/psichiatria/disturbo_personalita.html

CITAZIONI:

Posi Argento (2004); Testo “ *Borderline*”

Alessandra Passmore, (2009) ; “ *Quel mio amore borderline*” Ovidio; Le Metamorfosi “*Apollo e Dafne*”

