

DISTURBI DI PERSONALITA' **DIAGNOSI E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DEL DISTURBO BORDERLINE**

Diffusione e caratteristiche

Come per ogni altra forma di psicopatologia, bisogna distinguere tra i *tratti psicopatologici di personalità e il disturbo di personalità vero e proprio*: infatti, mentre i tratti patologici di personalità, che evidenziano un funzionamento psichico anomalo e con caratteristiche specifiche, possono essere occasionalmente anche in persone che hanno generalmente buone capacità di adattamento e un buon equilibrio mentale (per esempio in particolari condizioni di stress), il disturbo *di personalità vero e proprio* ha caratteristiche più nette e di maggiore gravità.

La personalità può essere descritta come “la caratteristica totalità dei tratti cognitivi, emotivi e comportamentali di una persona che la caratterizzano nella vita quotidiana in condizioni ordinarie, relativamente stabile e prevedibile”.

Quando, nell'adolescenza o nell'età adulta, questa totalità subisce alterazioni rispetto alla *normalità* (intesa come comportamenti, emozioni e pensieri si osservano nella maggior parte delle persone) ed i tratti della personalità diventano rigidi e stabili nel tempo, causando un'alterazione significativa del funzionamento psicosociale e un disagio soggettivo, si può **diagnosticare un disturbo di personalità**.

Per esemplificare in questa sezione verrà analizzato il disturbo borderline di personalità, uno dei disturbi di personalità più studiato, che colpisce dal 3% al 15% della popolazione generale, con una *percentuale femminile pari al 75%*.

I tratti caratteristici del disturbo borderline sono una “*modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'autostima, dell'immagine di sé ed una marcata instabilità emotiva ed impulsività che iniziano nella prima età adulta e si presentano in una molteplicità di contesti*”.

L'**instabilità emotiva** si manifesta con ***marcati e repentini cambiamenti dell'umore***, con rapidi passaggi da felicità a tristezza, da rabbia a senso di colpa.

Tali emozioni si attivano di solito in risposta ad eventi *relazionali* spiacevoli, come, ad esempio, un rifiuto, una critica o una semplice disattenzione da parte degli altri, evidenziando una caratteristica centrale del disturbo, insieme ai cambiamenti dell'umore, l'**angoscia di abbandono**.

Esse sono sempre *estreme*, nel senso che non hanno vie di mezzo, manifestando un sottostante pensiero del tipo “*tutto o nulla*”, con conseguenti oscillazioni del pensiero dall'*idealizzazione* dell'altro alla sua *svalutazione* (es. una stessa persona può essere vista come “totalmente buona” o “totalmente cattiva”).

In molti casi le due immagini dell'altro, quella "buona" e quella "cattiva", con le relative emozioni, sono presenti contemporaneamente nella mente del soggetto borderline, generando ulteriore caos.

La difficoltà di integrazione di queste immagini corrisponde all'immagine di sé frammentata, caotica ed instabile, che non riesce a vedersi ed accettarsi nella sua globalità, a seconda dei casi esasperando i lati negativi o positivi.

Tutte queste difficoltà incidono drammaticamente sulla **stima di sé**, chi soffre di questo disturbo trascorre la maggior parte del tempo a cercare di correggere i difetti che si attribuisce, trattandosi con severità e pretendendo da se stesso cambiamenti impossibili, il che conferma l'iniziale percezione negativa.

Alla costante ricerca della propria identità ed incapace di trovarla o di accettarla, il paziente borderline la cerca, allora, negli altri.

Gli altri sono considerati spesso i colpevoli (i "cattivi") dei propri insuccessi e fallimenti che non si riescono ad accettare, con tentativi di manipolazione spesso non coscienti ed induzione all'esterno di un senso di colpa inaccettabile per se stessi, meccanismo tipico nei casi di reale o temuto abbandono in cui la manipolazione serve a placare la tremenda angoscia di essere stati abbandonati per un proprio errore o difetto, per poi "tuffarsi immediatamente" in nuove e più rassicuranti relazioni.

Come in un boomerang, , però, di ritorno, si vive la penosa sensazione di ***essere costantemente manipolati dagli altri*** e di dipendere dal loro controllo, che sfocia non di rado in ideazione paranoide: in questo contesto, l'altro è sentito come *forte, giudicante, un nemico da cui difendersi*.

Per controllare le proprie emozioni intense e dolorose, le persone con disturbo borderline di personalità ricorrono, quindi, all'**impulsività**, agiscono senza riflettere (quel "tuffarsi immediatamente" in nuove attività e relazioni, di cui prima) .

L'impulsività si esprime con esplosioni di rabbia, litigi violenti fino alla rissa, abuso di sostanze, abbuffate di cibo, gioco d'azzardo, promiscuità sessuale, spese eccessive.

Possono manifestarsi atti autolesivi, come procurarsi dei tagli sul corpo, ingerire dosi eccessive di psicofarmaci, tentativi di suicidio.

E' importante sottolineare come tutti questi sintomi si collochino lungo un *continuum*, per cui il disturbo può presentarsi come un disagio moderato con il quale la persona riesce a convivere, mantenendo un sufficiente funzionamento globale, che potrebbe entrare in crisi nei momenti di stress, oppure arrivare a condizioni estremamente gravi dove è compromesso completamente il funzionamento della persona e dove sono presenti seri pericoli per la vita.

Trattamenti cognitivo-comportamentali e integrati

La principale difficoltà che incontra il professionista in questo campo è legata al fatto che il disturbo borderline di personalità è un disturbo *egosintonico*, la persona, cioè, non percepisce come problematici i suoi pensieri, emozioni e comportamenti, frequentemente affermando frasi come "sono fatto così", "non ci posso fare niente", "sono così, prendere o lasciare", ...

La richiesta di aiuto arriva, di solito, in occasione di importanti cambiamenti di vita vissuti come fortemente destabilizzanti l'equilibrio, anche se precario, raggiunto o la richiesta di familiari o parenti, stressati e provati dagli inspiegabili cambiamenti del paziente.

In ogni caso, la risoluzione del problema nasce sempre dalla motivazione della persona al cambiamento, in assenza della quale ogni tentativo di intervento è destinato a fallire.

Il trattamento maggiormente indicato per la cura di questo disturbo è la **psicoterapia**, nei casi gravi affiancata dalla *farmacoterapia*.

La **terapia cognitiva per i disturbi di personalità** ideata da *Beck e Freeman* è un trattamento cognitivo-comportamentale che si focalizza sul riconoscimento e sulla messa in discussione delle credenze disfunzionali su di Sé, sugli altri e sul mondo.

Nel trattamento del disturbo borderline di personalità, il paziente viene aiutato ad individuare e modificare, in particolare, il meccanismo cognitivo disfunzionale centrale del disturbo, il pensiero *dicotomico*, o "tutto o nulla", in base alla quale classifica le esperienze solo in due categorie che si escludono a vicenda (es. buono/cattivo).

La modificazione di tale funzionamento rigido e pervasivo condurrà gradualmente al miglioramento dell'autostima e delle relazioni interpersonali, che permetterà una visione più realistica del futuro e consentirà di programmare con una certa scadenza obiettivi di vita ritenuti importanti per sé ed, eventualmente, avviare un progetto di vita in comune.

Questo tipo di trattamento dura circa **1 anno** e prevede sedute a **cadenza settimanale**.

La terapia **dialettico-comportamentale** di *Marsha Linehan* è un trattamento ad orientamento cognitivo-comportamentale integrato.

Secondo l'autrice, il trattamento terapeutico deve focalizzarsi sulla gestione degli aspetti emotivi della patologia.

Il trattamento della Linehan prevede **2 ore settimanali** di terapia individuale e **2 o 3 ore settimanali** di incontri di gruppo, durante i quali vengono potenziate quelle abilità in cui il paziente risulta carente, in particolare la regolazione delle sue intense emozioni negative e l'ansia sociale collegata.

Tale trattamento sembra essere particolarmente indicato per le persone che presentano atti autolesivi e suicidari.

La **schema-focused therapy** di *Jeffrey Young* è un altro trattamento ad orientamento cognitivo-comportamentale integrato, che ultimamente sta registrando un grande interesse scientifico. Secondo quest'approccio, nel paziente borderline sarebbero attivi delle strategie di padroneggiamento delle difficoltà che darebbero origine a specifici schemi degli *schemi disadattivi precoci* (es. Bambino abbandonato, Bambino arrabbiato e impulsivo, Genitore punitivo). Questo tipo di terapia mira, in particolare, al cambiamento degli schemi disfunzionali, alla regolazione emotiva e allo sviluppo di relazioni sane per il paziente.