

## Il caso di Carol: Disturbo Borderline di Personalità

Roberta Rossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psicologo, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale

### *Riassunto*

Nel presente articolo si descrive il caso di una giovane ragazza che da sei anni vive in strutture comunitarie. La sua storia di vita è caratterizzata da importanti sentimenti abbandonici: dall'esperienza in orfanotrofio, alla separazione dei genitori adottivi, all'allontanamento forzato dalla sua casa.

Inoltre, esperienze di bullismo a scuola e difficoltà di integrazione hanno alimentato la sua idea di "diversa", "indegna e di poco valore", "sfiduciata negli altri".

Vedremo che cosa è stato fatto in nove mesi di co-trattamento in comunità: le difficoltà della relazione terapeutica e i cicli interpersonali che insorgono inevitabilmente in una vita comunitaria.

### *Summary*

In this article we describe the case of a young girl of six years living in community facilities. Her life story is characterized by important loneliness feelings: the experience in the orphanage, the separation of the adoptive parents, forced expulsion from her home.

In addition, experiences of bullying at school and difficulties of integration have powered her idea of "different", "worthless and of little value," "discouraged in others".

We will describe what has been done in nine months of co-treatment in the community: the difficulties of the therapeutic relationship and interpersonal cycles that inevitably arise in a community life.

### **Introduzione**

Carol è una ragazza di 23 anni, nata in Cile. Abbandonata alla nascita ha vissuto in orfanotrofio fino all'età di 3 anni e 8 mesi, quando è stata adottata da una famiglia italiana di una provincia del Lazio. Del periodo in Cile non ha ricordi, se non vaghe immagini di episodi in cui i bambini più grandi rubavano il pane ai più piccini, che rimanevano spesso, come lei, affamati per tutto il giorno.

Ha frequentato fino all'età di 17 anni l'Istituto Tecnico Industriale del paesino di provincia in cui viveva con la famiglia adottiva (mamma, 62 anni; papà, 61 anni) per poi abbandonare la scuola durante il terzo anno di scuola superiore. In questo periodo la ragazza fugge spesso da casa e

incrementa atteggiamenti sessuali promiscui (che sono iniziati a 12 anni) con frequentazione di uomini extracomunitari, abusa di alcool.

Nello stesso anno vengono attivati, grazie alla segnalazione dello psicologo della scuola, i servizi territoriali che progettano incontri familiari ogni quindici giorni, ai quali la ragazza rifiuta di partecipare.

A causa della poca partecipazione di Carol al progetto in corso, della continua conflittualità familiare, delle fughe da casa, dell'abbandono scolastico e degli atti autolesionistici si decide un inserimento comunitario (dai 17 ai 20 anni in una prima comunità e negli ultimi tre anni nella comunità attuale).

E' documentato che il padre adottivo facesse abuso di alcool.

E' solo riferito dalla paziente con molte lacune che il padre, quando lei aveva 12-13 anni e poi verso i 18 anni, le ha dato delle attenzioni sessuali non ben chiarite.

E' dichiarato dai genitori una loro separazione in casa da quando Carol aveva 12 anni.

Vedo la paziente nella comunità psichiatrica in cui è inserita da 3 anni e mezzo, in un progetto di co-terapia con colloqui settimanali: la ragazza ha un colloquio a settimana con me, uno con la psicoterapeuta cognitivo-comportamentale della struttura ed è seguita dallo psichiatra per quanto riguarda i farmaci (Tegretol 400mg cp, Ranitidina 150mg, Gutron 15 gocce al bisogno).

La ragazza non fa uso di sostanze, fuma circa 10 sigarette al giorno, beve alcool sporadicamente.

Dice di aver avuto una relazione fissa da circa un anno e mezzo con un ragazzo di 25 anni tunisino, che lascia poco dopo l'inizio dei nostri incontri (Aprile 2012).

Da circa quattro mesi non mette in atto comportamenti autolesivi, spesso frequenti in passato (tagli o bruciature di sigaretta sulle mani) che la paziente riferisce come "piacevole sensazione di sollievo". Questo è stato un obiettivo terapeutico su cui hanno lavorato in questi tre anni la paziente con la terapeuta della struttura.

Non ha mai tentato il suicidio.

Al momento del nostro incontro frequenta un corso annuale per cameriera di sala: lezioni teoriche una volta a settimana e tirocinio in un ristorante tre pranzi a settimana. La ragazza riferisce di provare rabbia per questo tipo di lavoro: vorrebbe occuparsi di bambini, anche disabili, e non "pulire i cessi".

La paziente si presenta al primo incontro con abiti sportivi ma trasandati, non traspare piena igiene personale. E' sovrappeso e porta i capelli corti, asimmetrici, tagliati da lei. Non è inizialmente molto collaborativa, dice di partecipare solo perché obbligata dal suo progetto

terapeutico. L'alleanza migliora nel corso della seduta e la ragazza accoglie positivamente la proposta del secondo colloquio.

Alla paziente è stata fatta diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità, soddisfacendo i criteri secondo il DSM IVR.

### **Descrizione del problema**

La co-terapia è stata richiesta dalla terapeuta della struttura, in quanto la paziente è maldisposta a trattare i seguenti aspetti, mostrando rifiuto o aggressività verbale (una volta, di seguito al colloquio, ha reagito bruciandosi con la sigaretta sul palmo della mano):

1. nelle ultime settimane Carol non rispetta gli orari di rientro in comunità e si teme possibili fughe. Il problema è quindi l'aderenza al trattamento: la difficile esperienza comunitaria di una ragazza poco più che adolescente.
2. la ragazza dai 12 anni frequenta, mettendo in atto comportamenti sessuali promiscui, ragazzi extracomunitari o disagiati, a volte molto più grandi di lei, che non frequentano la scuola o non lavorano. Questa situazione crea molta conflittualità con i genitori, ma è in particolare un contesto a rischio per lei.

### **Profilo interno e fattori di mantenimento**

Con la paziente abbiamo cercato di ricostruire episodi recenti: in generale la difficoltà di Carol ad integrare comporta che le rappresentazioni dell'altro (operatori, ragazzo, terapeuta, compagni di corso, amici di comunità, genitori) siano multiple e contraddittorie, gli altri sono tutti buoni o tutti cattivi, con oscillazioni rapide.

La disregolazione emotiva, a sua volta, determina un'affettività eccessiva, l'umore cambia in modo repentino e imprevedibile. Stimoli relazionali anche minimi (la terapeuta non la saluta perché al telefono, l'amico non le presta un euro...) suscitano reazioni immediate ed intense (sbattere la porta, scappare, chiudersi in camera, piangere).

Tipico del disturbo border è l'attivazione contemporanea di numerosi schemi differenti: questi cambiamenti dei sentimenti, dei pensieri e dei comportamenti sono individuati con specifici termini secondo la "Schema Therapy" di J.Young (nel paragrafo descrittivo della terapia spiegherò come la condivisione di questa terminologia sia stata utile come strategia di cambiamento nella paziente).

Gli schemi sono temi generalizzati e apparentemente stabili che si formano nella prima infanzia. Sono dimensionali piuttosto che categoriali e di natura cognitivo-emozionale piuttosto che comportamentale.

Secondo alcuni gli schemi individuati da Young, Carol attiva la modalità di *Protettore Distaccato* (per esempio rifiutandosi di fare l'esercizio o dicendo che va tutto bene o non rispondendo alle prepotenze del ragazzo o richiudendosi in camera sua o chiedendomi di non dire quello che mi racconta alla terapeuta) quando ritiene pericoloso esprimere i propri sentimenti, paure o opinioni (per esempio con l'operatore giudicante, con il ragazzo prepotente, con il terapeuta).

Una modalità spesso attivata è quella del *Bambino Abbandonato*, che la paziente esprime con frasi tipo "nessuno mi vuole bene", "mai qualcuno si è occupato di me" (in riferimento alla famiglia naturale, all'abbandono in comunità da parte dei genitori adottivi, al ricovero in clinica da parte del terapeuta) e "degli altri non mi posso fidare" (lo dice dei genitori adottivi che si sono separati e che l'hanno mandata in comunità, dei compagni di scuola che l'hanno ripetutamente presa in giro e dell'operatore). Questa modalità dello schema è spesso espressa con visibili segnali di richiesta d'aiuto: per esempio dichiarandolo in terapia o compilando un questionario, ricercando un mio abbraccio, piangendo.

Carol identifica chiaramente uno stato interno di vuoto: "anche se sono in gruppo io mi sento sola".

Nel periodo di luglio la modalità predominante in Carol era quella del *Bambino Arrabbiato e Impulsivo*: la paziente era spesso verbalmente aggressiva (con i ragazzi in comunità, con la terapeuta e con me quando le venivano posti dei limiti) e si atteggiava da bulla, volendo sempre essere presente e protagonista in qualsiasi dinamica comunitaria anche se non la interessava direttamente. Era in continuo tentativo di sentirsi valorizzata, presente agli occhi degli altri, agente.

Questo bisogno lo manifesta durante tutto il periodo di terapia anche attraverso la facilità con cui ha rapporti sessuali con persone che non conosce affatto, e si lascia travolgere dall'impulsività senza tenere in considerazione i rischi a lungo termine.

Nei mesi recenti viene meno attivata la modalità *Genitore Punitivo*: la disapprovazione e l'umiliazione verso se stessa che prima si manifestava anche con bruciature sulle mani, tagli cortissimi dei capelli, espressioni offensive e punitive verso se stessa, oggi è limitata a frasi svalutanti o giudizi critici verso il suo operare.

### **Fattori di mantenimento**

Le disfunzioni metacognitive, i contenuti mentali e i cicli interpersonali disfunzionali si influenzano reciprocamente tra loro, rinforzandosi a vicenda:

- 1) La difficoltà a collegare in modo coerente ed unitario le varie rappresentazioni (non integrazione) impedisce a Carol di comparare un'esperienza interiore ritenuta indegna con esperienze positive.
- 2) La non integrazione delle rappresentazioni tende ad indurre una certa disregolazione emotiva instaurando circuiti emotivi e cognitivi autopertuantesi.
- 3) Le disfunzioni metacognitive e gli schemi problematici di base sono mantenuti ed alimentati dalla instabilità relazionale e dai cicli interpersonali disfunzionali tipici della patologia borderline.

### **Scompenso**

Verso i 12 anni i genitori adottivi comunicano a Carol la loro intenzione di separarsi. Così lei riferisce la sua reazione: “ma dopo che avete fatto tanto per adottarmi, mi avete voluta e adesso mi lasciate?...” e “da quel momento ho iniziato a fare casini” (saltava spesso scuola, ha iniziato ad avere una relazione ostacolata dalla famiglia con un uomo di trent'anni straniero e spesso faceva abuso di alcool).

La separazione genitoriale, seppur in casa (il padre in pensione vive in camera della figlia), è stata vissuta da Carol come l'ennesima conferma del non aver alcuno che risponda ai suoi bisogni di bambina, alimentando la sua sfiducia nell'altro (“io non mi fido di nessuno a partire da mia mamma”) e confermando la sua credenza di essere “diversa dagli altri...”.

Co-fattori di scompenso in questo stesso periodo possono essere stati: l'ipotetico “abuso” del padre (la ragazza fornisce più versioni diverse); le prese in giro dei compagni lei dice “perché ero cicciona e straniera”; l'atteggiamento materno di svalutazione delle figure genitoriali naturali “tua madre forse era una prostituta” che si incrementano in questo primo periodo di comportamenti di difficile gestione della ragazza.

### **Vulnerabilità**

1. La predominante credenza della paziente “faccio schifo, non valgo niente” è possibile che si sia formata per ripetute esperienze in cui la madre e il padre sono stati giudicanti verso di lei, sia per quanto riguarda il profitto scolastico alle scuole superiori che per la sua patologia (ad oggi “non mi vengono mai a trovare”); i compagni la emarginavano per il suo essere straniera e “cicciettella” fin dalle scuole elementari; la madre le ha raccontato che la mamma naturale facesse la prostituta (“io sono come lei”) ed anche le ha dato la responsabilità della separazione genitoriale “lei mi dice che da quando sono arrivata io loro hanno iniziato a litigare”.

2. Legata sicuramente alla prima credenza vi è quella: “tutti mi abbandonano”. L’abbandono in orfanatrofio, la famiglia adottiva che si separa e l’affida alla comunità, i compagni di scuola che la isolano, la prima terapeuta della Asl che la “lascia” per un trasferimento, la terapeuta della struttura che decide il suo ricovero in clinica.

3. Carol alimenta la convinzione che “degli altri non ci si può fidare”: è documentato che il padre adottivo facesse abuso di alcol (possibile imprevedibilità dei comportamenti) e è riferito con non chiarezza dalla paziente che verso i 12-13 anni e poi verso i 18 avesse mostrato attenzioni sessuali verso di lei; i compagni di scuola la prendevano in giro; la mamma stava zitta e non diceva nulla quando papà la picchiava (lei dice con cinghiate).

### **La terapia**

Ad inizio co-terapia (aprile 2012) abbiamo definito e condiviso con la paziente questi obiettivi di contratto, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla terapeuta della struttura:

1. rispettare gli orari di rientro in comunità
2. vivere in modo più sereno la vita comunitaria: non è una prigione ma un ambiente di aiuto
3. saper scegliere i partner da frequentare

#### *Strategie e tecniche di cambiamento*

Abbiamo ipotizzato che la strategia per il raggiungimento del 1<sup>o</sup> obiettivo (rispettare gli orari di rientro), importante ed essenziale affinché la paziente potesse continuare il suo progetto terapeutico, fosse strettamente collegata al raggiungimento del 2<sup>o</sup> obiettivo (vivere in modo più sereno la vita comunitaria), quindi per entrambi gli obiettivi di contratto abbiamo definito che la strada da intraprendere fosse:

1. aiutare Carol ad esprimere i suoi bisogni, i suoi pensieri e le sue difficoltà
2. sostituire la sua idea che solo al termine del progetto terapeutico in comunità potrà finalmente vivere.
3. cercare di costruire assieme a lei dei valori di vita, dei sovrascopi e alimentare il commitment verso questi, fin dal presente.

Gli strumenti, le tecniche utilizzate per poter realizzare queste strategie sono stati:

A. per la 1<sup>o</sup> strategia, ovvero aiutare Carol ad individuare ed esprimere i suoi bisogni, pensieri, difficoltà:

- tecniche immaginative (esercizio di imagery), come tecnica esperienziale per “sentire” e identificare il proprio stato emozionale, nominarlo, ed esercitarsi a mettere in pratica strategie alternative nella soluzione di un problema relazionale-emozionale.

- il role playing o la tecnica delle due sedie, utilizzata per simulare alcune situazioni accadute o che si potrebbero presentare.

- il problem solving in terapia di gruppo a cui Carol ha partecipato una volta alla settimana

- il dialogo socratico come tecnica cognitiva per rintracciare i pensieri disfunzionali e metterli alla prova

- la compilazione di un diario giornaliero da discutere assieme all’inizio di ogni seduta

- incontri ogni quindici giorni con gli operatori della struttura per dare loro maggiori informazioni sul disturbo Borderline di Personalità, spiegare come si attivano e si mantengono i cicli interpersonali

B. Per cercare di attuare la seconda strategia, ovvero costruire assieme a Carol dei valori di vita, dei sovrascopi e alimentare il commitment verso questi, abbiamo utilizzato le tecniche seguenti seppur in maniera iniziale per il tempo ridotto del percorso terapeutico:

-la compilazione del diario giornaliero

- tecniche ACT quali l’esercizio dell’epitaffio, della festa di compleanno tra 10 anni e esercizi di imagery hanno permesso di individuare con estrema difficoltà dei values importanti per la paziente:

- realizzare una lista di azioni-sottoscopi che possono portare al commitment verso i valori di vita

#### *Descrizione della terapia: la durata*

La terapia ha avuto inizio ad Aprile 2012 con cadenza di un incontro a settimana della durata di circa un’ora-un’ora e mezza e si è conclusa a dicembre 2012.

Oltre al colloquio individuale la paziente partecipava ad un gruppo terapeutico settimanale incentrato sul “Problem solving” (del quale io ero co-conduttore), seguiva un incontro settimanale con la terapeuta della struttura e, al bisogno, con lo psichiatra per il monitoraggio farmacologico.

Come anticipato, per motivi legati ad un mio trasferimento, a settembre è stato rivisitato il contratto terapeutico modificando il 3<sup>o</sup> obiettivo, ovvero aiutare Carol a regolare la ricerca continua di numerosi partner oggettivamente disagiati e svantaggiati e ridurre i comportamenti sessuali promiscui, in:

1. considerare le conseguenze di rapporti sessuali non protetti
2. assumere la pillola anticoncezionale

Attualmente l'obiettivo raggiunto è stato l'assunzione della pillola anticoncezionale poiché posta come condizione necessaria per la sua permanenza in comunità.

#### *Relazione terapeutica*

Le difficoltà metacognitive di Carol e quindi la necessità di ripetere ad ogni seduta il profilo degli schemi, la loro attivazione, la possibilità di coping alternativi è stata a volte per me frustrante, nel doppio senso di:

1. monitorare un mio controtransfert di "rimprovero" verso le "amnesie" di Carol (manifestato a volte con un silenzio prolungato, un sospiro...)

2. confrontarmi con la mia "trappola degli standard severi" (Klosklo, Young): è stato difficile scontrarmi con i recidivi comportamenti o credenze disfunzionali di Carol in quanto erano per me una prova a favore di una mia credenza di "non fare abbastanza per aiutarla"

L'aspetto che maggiormente ha inciso sulla precarietà dell'alleanza terapeutica è stata la costante sfiducia negli altri da parte di Carol: "non mi fido di nessuno..a partire da mia madre..e nemmeno di te".

#### *Valutazione di esito*

In base agli obiettivi posti ad aprile 2012 dopo nove mesi di terapia è possibile fare le seguenti valutazioni d'esito: Carol non ha più messo in atto tentativi di "evasione" dalla comunità, da due-tre ritardi di un paio di ore alla settimana, a nessun ritardo ingiustificato e a un paio di ritardi al mese, avvisando preventivamente la comunità.

L'esito positivo è stato possibile raggiungerlo grazie a vari fattori: 1. Il progresso di Carol nel valutare la comunità non come una cosa di cui doversi vergognare ("lui non lo deve sapere, mica posso dirgli che abito qui con sti matti!") e quindi dire una menzogna riguardo il rientro, ma anche nel valutarla come una condizione più positiva del starsene per strada, o in clinica o in casa dove "io non ho più la mia stanza, mio papà dorme nel mio letto", "a casa mia mamma è una matta, non posso neanche fumare, mi urla e mi chiude dentro"; 2. L'aver attivato per Carol un progetto di formazione OSS corrispondente ai suoi bisogni, ha motivato la ragazza nel frequentare lezioni frontali e tirocinio e quindi nel ridurre il tempo di "vagabondaggio" per strada e la possibilità di fare incontri "pericolosi"; 3. l'aver reso Carol responsabile, all'interno della comunità, di due pazienti più anziane con grave ritardo mentale per le quali lei affianca l'operatore nell'assistenza dell'igiene quotidiana.

I fattori che hanno permesso il raggiungimento del primo obiettivo hanno avuto un ruolo decisivo anche per il secondo, sebbene Carol tutt'oggi oscilli tra l'accettazione e il rifiuto del vivere

in comunità. Quest'ultimo però, non si manifesta come in precedenza con la fuga o i ritardi, ma in pensieri che portano a conseguenze maggiormente gestibili.

L'aver messo in evidenza l'aspetto di propensione verso attività di aiuto (che hanno contribuito ad un aumento del suo valore personale) è stata una prova oggettiva per Carol che è possibile fare delle cose che le piacciono e la fanno sentire "meno strana" e "meno sola", anche nel presente comunitario.

Un intenso lavoro è ancora da farsi per quanto concerne la promiscuità sessuale della paziente: questo è l'obiettivo prioritario su cui ad oggi stanno lavorando la paziente e la terapeuta della struttura. L'impulsività sessuale e la considerazione altalenante delle conseguenze, causano degli ostacoli alla quotidianità e alla realizzazione del progetto lavorativo: dopo circa un mese dall'inizio del tirocinio come OSS, Carol ha riferito di aver avuto più rapporti sessuali con il compagno tirocinante, presso l'abitazione dell'anziano che era stato a loro affidato. Questo evento rischia di porre fine alla possibilità che le era stata data, in linea con i suoi desideri, nel formarsi in una professione d'aiuto.

**Roberta Rossi**

**Specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Grosseto,  
training A.Gagnani e C. Perdighe**

[errerossi@yahoo.it](mailto:errerossi@yahoo.it)

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:*

[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto: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](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)