



Dr. Ettore Zinzi

**Psicologo e psicoterapeuta
clinico e di comunità**

*Cell. 3477604431 (P.IVA: 02767510734 C.F.
znztr77p28lo49m)*

*Studio clinico Taranto (74123)---via Campania, 10
Studio clinico Palagiano (74019)---via segni angolo via
Pertini*

Em@il: ettorezinzi@msn.com

Pagina web: <http://www.psicologo-taranto.com>

Argomenti richiesti dal gruppo

Disturbo **Borderline di Personalità (DBP)**
Disturbo **Istrionico di Personalità**
LA MOTIVAZIONE AL SUICIDIO

Disturbo Borderline di Personalità (DBP)

2

Il Disturbo Borderline di Personalità ha una significativa incidenza sulla popolazione, generalmente si manifesta in adolescenza o nella prima età adulta e maggiormente nelle donne. Le cause di tale disturbo sembrano essere riconducibili allo sviluppo in una famiglia invalidante, un ambiente in cui l'espressione degli stati psico-fisici-affettivi del soggetto non vengono riconosciuti e spesso banalizzati o anche puniti.

Generalmente la sua sintomatologia inficia diverse aree della Personalità:

1. **IDENTITÀ.** Disturbo dell'identità; disturbi interpersonali intesi come difficoltà nell'avere relazioni sane ed equilibrate; senso di vuoto o noia.
2. **AFFETTIVITÀ.** Instabilità emotionale, facili eccessi di rabbia e facile irritazione.
3. **DISCONTROLO DEGLI IMPULSI.** Impulsività; autolesionismo generalizzato; rischio suicidario.

Disturbo Borderline di Personalità (DBP)

DIAGNOSI secondo il DSM-5

Secondo il Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali DSM V i criteri presenti per la diagnosi devono essere cinque (o più) dei seguenti :

1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono (non includere i comportamenti indicati nel criterio 5).
2. Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé o percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto (es., spese sconsiderate, sesso promiscuo, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate,...)
5. Ricorrenti comportamenti, gesti o minacce suicidari, o comportamento automutilante (*autolesionismo, tagli su braccia e gambe, bruciature di sigaretta, ndc*).
6. Instabilità affettiva dovuta a 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 inappropriata, intensa, o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide transitoria, associata allo stress, o gravi sintomi dissociativi.

Il Trattamento del Disturbo Borderline di Personalità

Tale disturbo nei casi ingestibili viene trattato inizialmente farmacologicamente per favorire il soggetto nel controllo degli stati emotivi eccessivi ma la Psicoterapia è l'unica via per riuscire a risolvere il problema alla radice.

L'ideale è associare il trattamento individuale e il trattamento di gruppo, anche se il solo trattamento individuale dà buoni risultati.

Nella Psicoterapia individuale integrata il cardine del trattamento si fonda sulla validazione dei stati affettivi, cercando di offrire un riconoscimento e supporto degli stati emotivi spesso negati e sminuiti dalle varie figure di attaccamento oltre che poco messi in parallelo alla attuale condizione del paziente, ai fattori ambientali e alle situazioni che si sono create.

La psicoterapia di gruppo invece è utile per offrire al cliente la possibilità di sperimentare relazioni più sane, offrire supporto ed insegnare specifiche abilità come problem solving, abilità di gestione dei conflitti, riorganizzazione del tempo ecc. utili a favorire una gestione più efficace di situazioni problematiche e di stati di sofferenza oltre che di relazioni interpersonali di ogni genere.

In un recente studio longitudinale (Maffei, 2008) della durata di 10 anni sull'evoluzione del disturbo Borderline di Personalità, (Zanarini et al. 2007) si è appreso che:

I sintomi appartenenti alle aree relative al discontrollo degli impulsi e alla gestione delle relazioni interpersonali, sembrano poter essere più rapidamente migliorati rispetto alle difficoltà affettive che sono comunque disforiche con rabbia e vuoto interiore, oltre che inficiate da problematiche interpersonali legate ai vissuti di abbandono e dipendenza.

Comorbilità

Il dover effettuare diagnosi ricorrendo a delle categorie diagnostiche che, in quanto tali, sono concepite come entità nosograficamente distinte ed escludentesi, data la molteplicità di manifestazioni che può avere ogni singola patologia psichiatrica, è possibile utilizzare due o più diagnosi categoriali, dando luogo così ad una **comorbilità**.

- **Gruppo A (cluster eccentrico):** include il Disturbo Paranoide, Schizoide e Schizotipico.
- **Gruppo B (cluster drammatico):** include il Disturbo Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico.
- **Gruppo C (cluster ansioso):** include il Disturbo Evitante, Dipendente, e Ossessivo-Compulsivo.”

Disturbo Istrionico di Personalità

Il Disturbo Istrionico di Personalità ha una significativa incidenza nella prima età adulta, sulla popolazione esso generalmente si manifesta maggiormente nelle donne, anche se il rapporto tra i sessi non è significativamente diverso.

Caratteristica principale di questo tipo di personalità è l'avere ad ogni costo bisogno di continue attenzioni attraverso un comportamento teatrale e imprevedibile. Generalmente le relazioni sono tempestose e non gratificanti ma comunque permane una forte dipendenza con conseguente continua ansia di separazione.

Il soggetto con disturbo istrionico tende a essere irrealista riguardo a se stesso, drammatizza ed esagera le proprie difficoltà, con fine manipolatorio. Spesso cambia situazioni in quanto preferisce fuggire dalla frustrazione invece di affrontarle, inoltre essendo alla ricerca di nuove eccitazioni spesso si mette in pericolo tuffandosi in strane situazioni. Chiaramente quindi le conseguenze della non ben pianificata valutazione delle conseguenze delle proprie azioni concorrono nel aumento del rischio di evolversi in un disturbo depressivo.

Disturbo Istrionico di Personalità (DBP)

DIAGNOSI secondo il DSM-5

Secondo il Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali DSM V i criteri presenti per la diagnosi devono essere cinque (o più) dei seguenti :

- 1) è a disagio in situazioni nelle quali non è al centro dell'attenzione;
- 2) l'interazione con gli altri è spesso caratterizzata da inappropriato comportamento sessualmente seduttivo o provocante;
- 3) Manifesta un'espressione delle emozioni rapidamente mutevole e superficiale;
- 4) utilizza costantemente l'aspetto fisico per attirare l'attenzione su di sé;
- 5) lo stile dell'eloquio è eccessivamente impressionistico e privo di dettagli;
- 6) mostra auto drammatizzazione, teatralità ed espressione esagerata delle emozioni;
- 7) è suggestionabile (cioè facilmente influenzato dagli altri o dalle circostanze);
- 8) considera le relazioni più intime di quanto non siano realmente.

Il Trattamento del Disturbo Istrionico di Personalità

Tale disturbo nei casi ingestibili viene trattato inizialmente farmacologicamente per favorire il soggetto nel controllo degli stati emotivi eccessivi ma la Psicoterapia è l'unica via per riuscire a risolvere il problema alla radice. L'ideale è associare il trattamento individuale e il trattamento di gruppo.

Sono quindi sei gli aspetti su cui si svilupperà il trattamento:

1. aumentare la tolleranza alla frustrazione;
2. diminuire le manifestazioni di comportamenti eccessivamente drammatici o aggressivi;
3. ridurre i pensieri catastrofici rispetto a una possibile disapprovazione o perdita di attenzione: l'obiettivo è quello di spostare l'attenzione dal sé alle circostanze mutevoli. Imparare che la critica non viene fatta alla persona in quanto tale ma alle azioni o circostanze del momento;
4. aumentare le abilità sociali incluso il senso di empatia. Imparare nuovi modi di entrare in relazione con l'altro evitando atteggiamenti troppo seducenti o provocanti;
5. aumentare le capacità di ascolto dell'altro: imparare ad essere spettatore (uditore) e non solo protagonista;
6. aumentare il senso di auto-efficacia e il senso di indipendenza diventando sempre meno sensibili alle attenzioni altrui.

SAPER ASCOLTARE una eventuale risposta deve essere data in modo che possa aiutare l'altro a chiarirsi.

«VISSI» 5 cose da non fare

Valutazione: in questo caso stiamo esprimendo un giudizio ma è fondamentale spesso astenersi da ogni valutazione nel pieno rispetto dell'identità e delle scelte altrui. La valutazione comporta anche che qualche comportamento sia approvato e qualche altro no, entrando nella dinamica giusto-sbagliato che rischia di attivare un conflitto tale da rompere l'alleanza.

Indagine: l'uso delle domande chiuse o dirette. E' sempre meglio utilizzare domande aperte perché lasciano un'ampia possibilità di risposta, stimolano il campo percettivo e consentono di approfondire ed ampliare la relazione. Sconsigliato l'uso di domande chiuse perché sono troppo circoscritte e limitano la possibilità di esprimersi. Sono prevalentemente basate su fatti oggettivi e non aiutano la relazione.

Sostegno: il sostegno eccessivo non aiuta la persona ma la compatisce e fa sì che si eviti la sofferenza impedendo di elaborare i vissuti emotivi che emergono.

Soluzione: offrire soluzioni, può significare cercare di liquidare velocemente il vissuto dell'altro, disconfermandolo nel sentimento che sta provando e nella sua idea di se stesso e del mondo che lo circonda.

Interpretazione: significa attribuire dei significati che non necessariamente corrispondono al reale vissuto dell'altro. Si rischia di allontanare invece di avvicinare.

LA MOTIVAZIONE AL SUICIDIO.

Secondo l'OMS ogni anno si suicidano 16 persone ogni 100.000; la Puglia presenta 3,1 suicidi all'anno ogni 100.000 abitanti quindi al di sotto della media nazionale.

In letteratura scientifica quando si affronta il tema del suicidio, è ormai chiaro che particolari "assetti" psicopatologici di personalità (il dipendente, il depresso, lo schizofrenico, il bipolare, ecc.) creano una maggiore propensione a commettere un atto estremo. Attualmente l'attenzione scientifica si è rivolta ai vissuti e alle motivazioni che spingono a commettere un tale gesto.

Nell'uomo come già sosteneva Freud in *“Al di là del principio del piacere”* (1998) esistono e sono innate in noi sia l'istinto alla vita che alla morte:

- ▶ La **“pulsione di vita”** ci guida alla ricerca del piacere e quindi alla soddisfazione dei nostri bisogni;
- ▶ La **“pulsione di morte”** è la tendenza al vuoto assoluto pensando quindi di smettere di avere bisogni.

Per fortuna, i bisogni dell'uomo, creano “tensioni” che non sempre vengono vissute come “mancanza e insoddisfazione”, cioè quella tendenza a non desiderare più niente (morte); ma esiste anche il vissuto del “desiderio di godere nuovamente” cioè quella tendenza a conservare la propria vita e godersela. E' molto utile essere consapevoli che “godere” è una condizione momentanea, quindi comporta, il dover soffrirne la mancanza. Quando il godimento ci soddisfa desideriamo vivere, quando la sofferenza prevale desideriamo morire.

Le *motivazioni al suicidio* possono essere:

- ▶ **esterne**, come il desiderio di vendetta, di punizione, di colpa, di ricongiungimento con un caro defunto, una malattia ecc.
- ▶ **interne**, come la disperazione, il vuoto esistenziale, la mancanza di speranza ecc.

Lo stesso Durkheim (1969) distingue quattro tipologie di Suicidio:

1. **Egoistico**, quando un individuo è emarginato socialmente e quindi costretto a affidarsi alle sole risorse personali
2. **Altruistico**, quando l'individuo si identifica con l'ideale gruppo di appartenenza e la sua cultura
3. **Anomico**, quando un individuo conseguentemente al disgregarsi del suo gruppo perde la sua identità
4. **Fatalista**, quando l'individuo pensa di appartenere ad un destino dal quale non può svincolarsi.

BECK e ADLER

- ▶ Successivamente Beck ed al. (1990) in uno studio prospettico su 1958 pazienti ambulatoriali, hanno rilevato che il **vissuto di disperazione** è correlato al suicidio. Hendin (1991) ha identificato nella “**desolazione**”, cioè nel vissuto che si ha quando si pensa di non poter raggiungere un determinato obiettivo/bisogno/cambiamento, uno degli elementi predittivi dell'agito suicidario. Anche il “**senso di colpa**” rappresenta un altro fattore rilevante nell'auto-distruttività, come rilevato dagli studi sui veterani del Vietnam.
- ▶ Adler (1949) definisce il suicidio al pari della **fuga**, della **lotta**, della **collera** o della **paura**, definendolo come una difesa da situazioni psicologiche dolorose in cui vi è una forte svalutazione dell'io nei suoi aspetti fisici, morali e sociali.

COME si può cercare di PREVENIRE il SUICIDIO?

17

Come già detto, il suicidio non è necessariamente la manifestazione di un disturbo mentale o di un raptus, questo ci fa comprendere come nella prevenzione al suicidio l'intervento è davvero complesso ed esteso, tanto da coinvolgere diverse figure come: istituzioni, familiari, colleghi, psicologi, psichiatri, psicoterapeuti ecc.

Gli interventi di prevenzione al suicidio tanto scontati quanto efficaci possono essere affrontati seguendo *4 semplici passi*:

18

1. Ascolto
2. Osservare e riconoscere i cambiamenti psico-comportamentali.
3. Motivare il soggetto in difficoltà a richiedere aiuto
4. Chiedere aiuto ad un Professionista della salute mentale

1. Ascolto dei bisogni della persona.

Questo rappresenta il passo principale e più importante da fare nei confronti di chiunque. Coloro che hanno la possibilità di ascoltare e quindi rilevare per primi questo rischio sono proprio i parenti, gli amici, i colleghi ecc. Solitamente infatti, ci si confida (o si prova a farlo) con i propri cari, pertanto sono proprio loro ad avere la precedenza nel venire a conoscenza di questo malessere.

2. Osservare e riconoscere i cambiamenti psico-comportamentali.

Le persone a noi vicine oltre a essere i primi ad avere la possibilità di ascoltare i nostri bisogni conoscendoci bene, possono anche “osservare” e quindi possono notare e riconoscere in noi ogni sorta di cambiamento comportamentale (negativo). Il non avere uno scopo di vita, il non nutrire speranze e progetti futuri, l’aver esagerati sensi di colpa, avere difficoltà a godere, difficoltà a condividere, difficoltà nel ricercare emozioni ecc. spinge a manifestare atteggiamenti comportamentali differenti, caratterizzati da disinteresse, rabbia, tristezza, chiusura, disperazione ecc. che sono più facili da notare da parte di chi ci conosce. Può anche accadere che i meccanismi di autodifesa e sconforto spingano la persona in difficoltà alla chiusura e quindi alla mancata espressione dei propri vissuti, quindi non è facile che le persone a lui vicine possano accorgersi delle reali difficoltà in cui versa il proprio caro. E’ utile informarsi per meglio riconoscere i segnali di allarme, non riconoscerli non è affatto una colpa infatti spesso questo compito è affidato alla figura professionale dello Psicoterapeuta Psicologo al quale rivolgersi.

3. Motivare il proprio caro in difficoltà a richiedere aiuto, rivolgendosi ad un professionista.

21

L'obiettivo è quello di aiutare la persona a sentirsi sostenuta, ma anche a incoraggiarla verso percorsi di autonomia e di ripresa, migliorando positivamente le proprie aspettative di vita e del proprio futuro

4. Chiedere aiuto ad un Professionista della salute mentale

Rivolgersi ad uno Psicologo Psicoterapeuta per:

- ricevere consulenza su come comportarsi in situazioni di rischio, per se stessi o per qualcuno a noi vicino **(riconoscendone i segnali di allarme)**
- invio di un familiare in difficoltà e quindi **prevenzione del rischio suicidario** e psicoterapia
- poter ricevere supporto e aiuto per una eventuale **elaborazione del lutto**