

## EPISOD DEPRESIV SUPRAPUS PESTE TULBURAREA DE PERSONALITATE BORDERLINE

ADELA MAGDALENA CIOBANU, MONICA CLAUDIA BOER,  
LUMINIȚA DOBRE, BOGDAN DANCIU

**Depressive Episode and Borderline Personality Disorder.** Borderline patients may develop psychiatric complications such as depression, suicide and substance abuse. Borderline personality disorder begins in early adulthood and is five times more common among first-degree relatives of patients with schizophrenia compared with the general population. The studies on the role of traumatic life events in the development of borderline personality disorder revealed that the frequency of traumatic experiences in childhood is higher in borderline patients compared to non-borderline.

**Key words:** borderline personality disorder, comorbid depression, suicide, case report.

Tulburarea de personalitate borderline prezintă, în prim planul tabloului simptomatologic, pe lângă impulsivitate și dificultăți majore de control al emoțiilor, perioade de depresie majoră, ideatie suicidară, accese de mânie și puternice sentimente de neîmplinire (Reiser, Thompson, 2005). Manifestările ei clinice provin din principalele arii ale nevrozelor, psihozelor și altor tulburări de personalitate, motiv pentru care tulburarea borderline a fost denumită și „sindrom de graniță” sau „psihoză de graniță”, situată între psihoză și normalitatea psihică (Ionescu, 1997). Indivizii borderline pendulează între extremele de idealizare și devalorizare a propriei persoane sau a celorlalți (așa numitul „binom dispozițional”), au relații interpersonale intense și versatile, sunt schimbători, imprevizibili, se confruntă cu sentimente intense de plictiseală, zădărnici și detestă singurătatea (aceasta le provoacă disconfort și anxietate). Depresia comorbidă este frecvent întâlnită la pacienții borderline (idem).

Cele mai recente cercetări cu privire la asocierea dintre cele două entități nosografice arată că: procente semnificative ale pacienților borderline experimentează depresii majore; comorbiditatea poate fi explicată prin faptul că depresia și tulburarea borderline au în comun o serie de caracteristici neurobiologice și neurobiochimice (legate de transportul serotoninei) iar prezența unei tulburări contribuie la dezvoltarea celeilalte; simptomele depresive cel mai frecvente din tulburarea borderline (care-i conferă depresiei asociate cu patologia-limită o anumită unicitate, aceasta numindu-se chiar „depresie de graniță”) sunt autoblamarea și autoculpabilizarea, sentimentul de vid interior, teama de abandon, dorința de autodistrugere, disperarea, plictiseala și plângerile somatice; tratamentul antidepressiv determină evoluții favorabile ale tulburării co-occurente borderline (Popa și Ciobanu, 2013 – Tulburarea depresivă. Vol. I. Noi direcții de cercetare).

Tulburarea borderline se cristalizează la adolescență, remarcându-se printr-o dezinhibiție comportamentală generală, stimulată adeseori de consumul de alcool și de droguri (Houston, 2004). Psihopatologia afectivă (dezechilibrul emoțional) și distorsiunile cognitive sunt considerate răspunzătoare de inadaptarea la mediul profesional a persoanelor diagnosticate cu tulburare borderline, precum și de eșecul social al unora dintre acestea (Popa, Ciobanu, 2013).

Vom încerca să ilustrăm toate aceste trăsături ale tulburării borderline asociate cu depresia prin prezentarea următorului caz.

### Prezentare de caz

Pacienta B.G., în vârstă de 26 de ani, necăsătorită, domiciliată în mediul urban, a fost internată în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia” din București pentru: **dispoziție depresivă accentuată** (în ultimele două luni de zile dinaintea internării), **ideație suicidară** („*Mă gândesc cum să mă arunc de la geam dar să pară mai degrabă un accident*”), **anxietate marcată**, **labilitate emoțională** cu plâns facil și **scăderea randamentului util**. B.G. a fost de acord să vină la spital împreună cu părinții săi. Este absolventă de studii superioare și lucrează ca director de vânzări. Și-a luat două luni de concediu fără plată de la serviciu pentru a pleca în Irlanda și a lucra ca ospătăriță. În momentul internării a declarat că este despărțită de prietenul său, după o relație care a durat aproximativ un an. Declară că a avut și alte relații, însă de fiecare dată s-a despărțit de prieteni „*pentru că nu erau suficienți de buni pentru mine*”.

Pacienta provine dintr-o familie cu studii superioare, cu doi copii (B.G. este cel de-al doilea copil). A absolvit o facultate de stat în 2010. Descrie contextul în care a plecat în Irlanda și motivul pentru care a revenit în țară („*Am plecat în Irlanda acum două luni și am lucrat ca ospătăriță, am plecat pentru că am realizat că timpul trece prea repede și nu am făcut nimic*”; „*M-am întors pentru că îmi este frică de nou, am o teamă de a-mi asuma responsabilitatea*”). Locuiește cu chirie singură, în orașul natal. Este o fostă fumătoare (abstinentă de 3 ani), neagă consumul de alcool, cofeină și alte substanțe psihoactive.

Simptomatologia actuală a debutat cu un an înaintea internării, în momentul despărțirii de prieten („*M-am despărțit de el pentru că știam că nu o să fie perfect între noi și mai bine am pus punct, deși îl iubesc*”; „*Mi-e teamă că o să-l pierd și pe el*”). A făcut psihoterapie timp de 4 luni, câte o ședință pe săptămână.

**Examenele clinic și paraclinic** au arătat: o scădere ponderală importantă în ultimele două luni (de la 64 kg la 55 kg), hipotensiune (tensiunea arterială 80/60 mmHg), hipoglicemie (68 mg/dl), electroencefalogramă și electrocardiogramă în limite normale. Testele toxicologice urinare au fost negative.

**Examenul psihologic** a relevat o structură a personalității de tip borderline. Profilul tendințelor psihonevrotice clinice: obsesive, instabilitate. Testul Szondi a evidențiat: o identificare masculină (latura senzuală este respinsă, fiind asumată o poziție activă, dominatoare în raport cu celălalt); o persoană iritabilă, nervoasă, care nu acumu-

lează emoțiile ostile; o nevoie intensă de aprobare socială, de evidențiere; nevoia de obținere a satisfacțiilor și preocuparea mai scăzută de a căuta sau de a păstra relațiile cu obiectele exterioare; nevoia de a-și forma un ideal, de a-și conștientiza propriile dorințe (la nivelul Eului). Testul de Apercepție Tematică a reliefat: o nevoie pacientei de a fi în centrul atenției, de a se diferenția față de alții și de a primi aprobare socială; egocentrism, instabilitate, indecizie; o stare de nemulțumire; un sentiment de gol interior.

Examenul psihic a mai scos în evidență: ținuta îngrijită și vestimentația corespunzătoare a pacientei, faptul că aceasta este cooperantă. Contactul vizual și psihic cu ea sunt realizabile; mimica și gestică sunt prezente (are perioade când privește în jos). B.G. este orientată temporo-spațial, auto și allopsihic și are parțial prezentă conștiința tulburării. În plan perceptiv, pacienta a negat prezența iluziilor și a halucinațiilor. Cu privire la ritmul nictemeral, aceasta a afirmat: „*Dorm 4-5 ore pe noapte în ultimul timp și îmi este suficient*”. Alte constatări au fost: în sfera atenției – o ușoară scădere a capacității de concentrare, atenție focalizată pe simptomatologia prezentă; în sfera voinței – hipobulie. Memoria a fost în limite normale.

În sfera gândirii, ritmul și fluxul ideoverbal au fost în limite normale, ca și capacitatea de generalizare și abstractizare, iar discursul – spontan și coerent. B.G. are o idee cu conținut negativ („*Nu sunt în stare de nimic*”; „*Nu am voință*”; „*Pierd timpul, aș putea să fac mai multe, dar parcă nu pot sau nu vreau*”); o idee de vinovăție („*Totul este din vina mea*”; „*Dacă aș fi fost altfel sau aș fi făcut altceva nu s-ar fi întâmplat toate astea*”); o tendință către perfecționism și către o analiză a faptelor din timpul zilei; o gândire dihotomică, de tipul totul sau nimic („*Ori este totul perfect ori nu mai este*”); o idee cu conținut suicidală fără un plan stabilit („*Mă gândeam că mai bine să nu mai fiu*”; „*Îmi fac scenarii dramatice în cap cum mor și sunt înmormântată*”).

În sfera afectivității, s-au remarcat: dispoziția depresivă, plânsul facil, instabilitatea în relații și senzația de vid interior.

Au fost punctate impusivitatea pacientei și implicarea acesteia în activități cu risc crescut – zborul cu deltaplanul, săriturile cu parașuta („*Am nevoie de asta, atunci simt că trăiesc, când este totul mai intens*”).

În domeniul vieții instinctuale, s-au reliefat apetitul alimentar diminuat și riscul sexual crescut („*Am avut și relații doar de o noapte pentru că nu mai pot să caut omul perfect și e de ajuns o noapte uneori*”).

În ceea ce privește **diagnosticul**, s-a constatat că episodul depresiv s-a suprapus peste tulburarea de personalitate borderline (AXA I Episod major sever fără simptome psihotice; AXA II Tulburare de personalitate borderline).

Dintre criteriile DSM IV pentru Episodul depresiv major sever, pacienta le întrunește pe următoarele: o dispoziție depresivă în cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi (indicată prin relatare personală și prin observațiile altora); scăderea interesului/plăcerii pentru un număr mare de activități; o pierdere semnificativă în greutate, deși nu ține dietă; insomnie (aproape în fiecare zi); sentimente de inutilitate; indecizie (aproape în fiecare zi); o idee suicidală recurentă fără un plan anume. Aceste simptome, care determină deteriorarea activităților socio-profesionale

ale persoanei, nu au drept cauză consumul de droguri sau de medicamente și nici o altă condiție medicală (precum hipotiroidismul) și nu sunt explicate prin doliul cauzat de pierderea unei ființe iubite.

Dintre criteriile DSM-IV pentru Tulburarea de personalitate borderline, pacienta le îndeplinește pe următoarele: face eforturi disperate pentru a evita să fie abandonată; dezvoltă un pattern de relații interpersonale intense și instabile, caracterizat prin alternare între extremele de idealizare și devalorizare; are o perturbare de identitate (imagine de sine sau conștiință de sine marcat sau persistent instabilă); dovedește impulsivitate în cel puțin două domenii potențial autoprejudiciante (sex și activități cu risc crescut); promovează în comportament gesturi sau amenințări recurente de suicid; are o instabilitate afectivă din cauza reactivității marcate a dispoziției (disforie episodică intensă, iritabilitate sau anxietate durând, de regulă, câteva ore și numai arareori mai mult de câteva zile); trăiește un sentiment cronic de vid.

**Diagnostic diferențial.** Episodul depresiv major fără simptome psihotice a fost diferențiat față de următoarele tulburări: tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale (istoricul, examenul somatic și examinările paraclinice nu au indicat faptul că simptomatologia pacientei ar fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale); tulburarea afectivă indusă de o substanță (testele toxicologice au infirmat acest diagnostic); tulburări ale dispoziției – distimică, ciclotimică, episodul depresiv din cadrul tulburării bipolare (nu satisface criteriile acestor tulburări); tulburarea schizoafectivă tip depresiv; tulburările factice și simularea (nu satisface criteriile).

Tulburarea de personalitate borderline a fost diferențiată de: tulburarea psihotică (în cadrul acesteia alterarea testării realității este persistentă); tulburări ale dispoziției (acestea nu sunt de obicei reactive); modificarea personalității din cauza unor condiții medicale generale (nu prezintă o patologie organică); tulburarea de personalitate schizotipală (în cazul acesteia, elementele afective sunt mai puțin severe); tulburarea de personalitate antisocială (în cazul acesteia, defectele conștiinței și ale abilității de atașament sunt mult mai grave); tulburarea de personalitate histrionică (sinuciderea și automutilarea sunt mai puțin frecvente, pacientul are relații mai stabile); tulburarea de personalitate narcisică (formarea identității este mai stabilă); tulburarea de personalitate dependentă (atașamentele sunt stabile); tulburarea de personalitate paranoidă (suspiciozitatea este mai intensă și constantă).

**Tratament farmacologic și psihoterapie.** Pacientei i s-a prescris un tratament farmacologic pentru episodul curent și un tratament de întreținere.

În ceea ce privește psihoterapia, au fost formulate următoarele recomandări: terapia cognitiv comportamentală (pentru controlul impulsurilor și al izbucnirilor de mânie, ca și pentru reducerea sensibilității la critică și rejecție); terapia orientată pe insight (exploratorie); terapia suportivă și terapia dialectică comportamentală.

Ultima dintre acestea combină o săptămână de tratament comportamental cu una de terapie de grup, poate să reducă tendințele autodestructive, comportamentele agresive și suicidare și să scadă necesitatea internărilor (pentru decompensări ale tulburării). De menționat este faptul că psihoterapia este singura abordare care poate oferi șansa

unei stabilizări de durată a acestei tulburări de personalitate. Pacienta poate dobândi abilități de depășire a dificultăților și de control emoțional.

***Evoluție și prognostic.*** Evoluția tulburării de personalitate borderline este variabilă, în funcție de pacient. Către sfârșitul vieții poate să survină o anumită ameliorare a acesteia. Posibilele complicații includ: suicidul, autolezarea, tulburările dispoziției, tulburările somatoforme, psihozele, abuzul de substanțe și tulburările sexuale.

### **Bibliografie**

- Ciobanu, A.M., Popa, C., *Boala psihică și eșecul social*, Editura Universitară București, 2013.
- DSM-IV. *Manual pentru Diagnosticul și Statistica Tulburărilor Mintale*, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000.
- Houston, R.J., Bauer, L.O., Hesselbrock, V.M., *Effects of borderline personality disorder features and a family history of alcohol or drug dependence on P300 in adolescents*, în „International Journal of Psychophysiology”, 53, 1, 2004, p. 57-70.
- Ionescu, G., *Tulburările personalității*, București, Editura Asklepios, 1997.
- Popa, C., Ciobanu, A., *Tulburări afective la personalitatea borderline*, în „Tulburarea depresivă. Vol. 1. Noi direcții de cercetare”, Editura Academiei Române, 2013.
- Reiser, R., Thompson, L. W., *Bipolar Disorder: Advances in Psychotherapy - EvidenceBased Practice*, Hogrefe & Huber Publishers, Cambridge, MA, 2005.

Acest studiu a fost realizat în cadrul Acordului de Parteneriat încheiat între Institutul de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu Motru” al Academiei Române și Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia” din București (Programul de cercetare nr. 2 „Sănătate mentală și stare de bine: implicații și modalități de intervenție moderne”, Departamentul de Psihologie).