

bano soddisfare le sue aspettative

6. Approfitta degli altri per raggiungere i propri scopi, e non ne prova rimorso
7. È carente di empatia: non si accorge (non riconosce) o non dà importanza a sentimenti altrui, non desidera identificarsi con i loro desideri
8. Prova spesso invidia ed è generalmente convinto che altri provino invidia per lui/lei
9. Modalità affettiva di tipo predatorio (rapporti di forza sbilanciati, con scarso impegno personale, desidera ricevere più di quello che dà, che altri siano affettivamente coinvolti più di quanto lui/lei lo è)

Nota Bene: le tabelle diagnostiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-9 e ICD-10) riportano il disturbo narcisistico, pur senza definirne le caratteristiche specifiche: è classificato sotto le categorie "Other personality disorders" (ICD-9) e "Other specific personality disorders" (ICD-10).

Se da un lato il mediatore "deve" gratificare il soggetto narcisistico per ottenere la sua fiducia, occorre che durante la mediazione familiare non gli provochi ferite narcisistiche con la propria imparzialità. Occorre che lodi entrambi i clienti molto e che adotti frequenti segnali non verbali di approvazione. Se deve insinuare dei dubbi nella visione del soggetto dovrà indire molti colloqui individuali per poterlo fare assolutamente in privato. Occorre che il mediatore non diventi lo strumento del soggetto narcisista per aiutarlo a raggiungere i suoi scopi, e che pertanto si renda conto molto in anticipo dei tentativi di strumentalizzazione dei propri clienti, tenendosi a distanza da ogni e qualsiasi questione di contenuto.

Non funzionano le tecniche basate sulle capacità empatiche del cliente, ovviamente, quindi occorrerà utilizzare moltissimo la chiarezza sull'interesse comune delle

parti e incentivare il soggetto al conseguimento dei propri obiettivi individuali (anche se così facendo anche gli obiettivi dell'altro/a potrebbero essere raggiunti).

Non deve esserci, nel cliente altamente conflittuale, il sospetto che il mediatore stia approvando l'altro, in nessun modo, al contrario va gratificato e non smontato il senso di superiorità del cliente.

Personalità borderline. Negli anni 50 un sempre più nutrito gruppo di psicoterapeuti e clinici tentò di creare una classificazione diagnostica per una serie di disturbi mentali che non sembravano soddisfare i criteri prestabiliti per altre patologie. Si trattava di persone con gravi instabilità dell'umore, notevoli difficoltà nelle relazioni oggettuali e soprattutto problemi di integrazione nella società.

La descrizione dei comportamenti sintomatici creò molte perplessità di tipo nosologico, dal momento che questi pazienti presentavano un quadro clinico ben più drammatico delle nevrosi, pur non rispettando i criteri di inclusione in una diagnosi di psicosi, soprattutto per l'inalterato contatto con la realtà. In quel periodo perciò fiorirono delle classificazioni speciali per questo genere di disturbo, come *preschizofrenia* (Rapaport e Gill), *stati al limite* e *personalità caso al limite* (Rangell, 1955).

Negli anni '60 Otto F. Kernberg, psichiatra e psicanalista, sviluppò un modello psicoanalitico di questi disturbi basato sulla Teoria delle relazioni oggettuali e sulla Psicologia dell'Io. Kernberg indica vari sintomi, come ansia liberamente fluttuante, fobie multiple, reazioni dissociative, preoccupazioni ipocondriache, sessualità perversa polimorfa, abuso di sostanze. Ritiene però che la diagnosi si debba basare non tanto sui sintomi riscontrati, quanto sulla presenza di alcune caratteristiche strutturali che determinano l'*organizzazione di personalità borderline*. L'**organizzazione borderline** si caratterizza per l'impiego sistematico di un certo gruppo di meccanismi di difesa: la scissione, la svalutazione, l'idealizzazione e l'identificazione proiettiva, mediante i

quali l'individuo categorizza ogni persona del suo ambiente come "completamente buona" o "completamente cattiva", anche se il giudizio su una persona può variare da un giorno all'altro o anche più volte al giorno. Le relazioni oggettuali sono quindi patologiche, la persona esterna non viene considerata nel suo insieme di caratteristiche positive e negative, e anche le rappresentazioni di Sé non vengono integrate, portando a una diffusione o dispersione dell'identità individuale, e caratteristiche individuali "di tratto", alcune delle quali potrebbero essere cioè di natura genetica. Nello specifico, Kernberg individua una forma di «debolezza dell'Io», che si manifesta in una difficoltà nel differimento della scarica pulsionale e nella regolazione dell'ansia. Il pensiero di queste persone, poi, sembra «primitivo» (come nelle fasi precoci dello sviluppo) e semipsicotico quando l'individuo è sotto la pressione di affetti intensi, caratteristica che deve aver sollevato, negli anni 50, il serio dubbio che questo genere di disturbi potesse essere una forma di psicosi.

Con la definizione **borderline**, Kernberg intendeva riferirsi perciò ad un'organizzazione di personalità, con diverse "tipologie", tutte caratterizzate da un grado evidente di pervasività e cronicità, e tutte in qualche modo incompatibili con il funzionamento sociale. Un altro autore illustre in quegli anni, Heinz Kohut, si occupava dei cosiddetti Disturbi Narcisistici di Personalità, che identificavano una serie di difficoltà relazionali e profondi deficit nello sviluppo narcisistico. Fra questo autore e Kernberg si creò una forte polemica relativa all'effettiva classificazione di questo genere di disturbi. Per Kernberg i pazienti definiti "narcisistici" presentavano una particolare tipologia della *sua* Organizzazione Borderline di Personalità. Effettivamente alcune caratteristiche evidenziate per i pazienti di Kohut rispondevano a buona parte della definizione dia-