

gnostica proposta da Kernberg, a parte alcuni riferimenti alla *gravità* del disturbo in generale: per Kohut questi pazienti sono in grado di "funzionare" nella vita di tutti i giorni, integrandosi perfettamente, dal momento che il nucleo centrale del loro problema stava in un Sé grandioso congelato evolutivamente a una fase in cui non ha ricevuto le risposte di ammirazione necessarie al suo sano sviluppo. Ciò che emerse da questa *querelle* fu una certa perplessità circa la sua correttezza, dal momento che i pazienti dell'uno risultavano essere molto diversi da quelli dell'altro: Kohut curava professionisti che lamentavano senso di vuoto, forme di depressione e difficoltà relazionali, mentre Kernberg (che lavorava in strutture ospedaliere) si occupava maggiormente di pazienti ricoverati a volte antisociali, aggressivi, con una precisa struttura di personalità.

Più avanti, si preferì fare affidamento al concetto di Disturbo di personalità, come classe specifica di disturbo mentale *strutturale*, comprendente diverse "organizzazioni". Oggi, nel manuale di classificazione diagnostica DSM-IV-R i Disturbi della Personalità sono inclusi in un Asse diagnostico specifico (l'Asse II), e comprendono il Disturbo narcisistico di personalità ed il Disturbo borderline di personalità, quest'ultimo sostanzialmente come descritto da Kernberg, anche se in origine l'autore aveva in realtà inteso proporre una classe (*organizzazione*) di disturbi "a metà", sul bordo di confine (*borderline*) fra nevrosi e psicosi.

Le formulazioni del manuale DSM IV e le versioni successive, come pure le classificazioni più moderne internazionali (ICD-10) hanno ristretto la denominazione di disturbo borderline fino a indicare, più precisamente, quella patologia i cui sintomi sono la *disregolazione emotionale* e l'instabilità del soggetto. È stato proposto perciò anche un cambio di nome del disturbo.

Il *disturbo borderline di personalità* è definito oggi come disturbo

caratterizzato da vissuto emozionale eccessivo e variabile, e da instabilità riguardanti l'identità dell'individuo. Uno dei sintomi più tipici di questo disturbo è la *paura dell'abbandono*. I soggetti borderline soffrono di crolli della fiducia in sé stessi e dell'umore, tendono a cadere in comportamenti autodistruttivi e distruttivi delle loro relazioni interpersonali. Alcuni soggetti possono soffrire di momenti depressivi acuti anche estremamente brevi, ad esempio pochissime ore, ed alternare comportamenti normali.

Si osserva talvolta in questi pazienti la tendenza all'oscillazione del giudizio tra polarità opposte, un pensiero cioè in "bianco o nero", oppure alla "separazione" cognitiva ("sentire" o credere che una cosa o una situazione si debba classificare solo tra possibilità opposte; ad esempio la classificazione "amico" o "nemico", "amore" o "odio", ecc.). Questa separazione non è pensata bensì è immediatamente *percepita* da una struttura di personalità che mantiene e amplifica certi meccanismi primitivi di difesa.

La caratteristica dei pazienti con disturbo borderline è, inoltre, una generale instabilità esistenziale. La loro vita è caratterizzata da relazioni affettive intense e turbolente che terminano bruscamente, e il disturbo ha spesso effetti molto gravi provocando "crolli" nella vita lavorativa e di relazione dell'individuo. Il disturbo compare nell'adolescenza e concettualmente ha aspetti in comune con le ordinarie crisi di identità e di umore che caratterizzano il passaggio all'età adulta, ma avviene su una scala maggiore, estesa e prolungata determinando un funzionamento che interessa totalmente anche la personalità adulta dell'individuo.

Diagnosi secondo il DSM. Il disturbo di personalità borderline è un disturbo delle aree: affettiva, cognitiva e comportamentale. Le caratteristiche essenziali di questo disturbo sono una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'autostima e dell'umore e una marcata impulsività, che iniziano nella prima età adulta

ma possono comparire già nell'infanzia e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti sintomi:

1. Frequenti ed immotivate oscillazioni dell'umore
2. Persistente instabilità nell'immagine di sé
3. Frequenti ideazioni suicide e/o comportamenti autolesivi
4. Senso cronico di vuoto e inutilità
5. Paura ingiustificata dell'abbandono, che spinge spesso a comportamenti manipolatori e/o possessivi atti ad evitare lo stesso
6. Comportamenti impulsivi in almeno due aree a rischio, quali ad esempio: gioco d'azzardo, guida spericolata, abuso di sostanze, disturbi dell'alimentazione, sessualità promiscua o sregolata
7. Sintomi dissociativi infrequenti e, comunque, circoscritti a periodi di particolare stress (*para-allucinazioni*)
8. Marcata disforia e reattività emotiva, incapacità di controllare la rabbia e/o comportamenti etero-lesivi
9. Oscillazione fra estremi di idealizzazione e svalutazione all'interno delle relazioni interpersonali

Il mediatore in questi casi si trova di fronte a numerosi e repentini cambi di umore e a costante "irrequietezza" cognitiva, oltre che affettiva. Dovrà altrettanto velocemente agire per accogliere e contenere la turbolenza e l'instabilità del cliente, rinforzando il suo operato e la sua immagine con commenti positivi. Sarebbe consigliabile mediare in presenza degli avvocati, se possibile, affinché questi ultimi si occupino della tutela dei propri assistiti, prendendo in carico elementi di contenuto che il mediatore vede continuamente ritrattare e mal-trattare in mediazione dal cliente con questa personalità.

Sovente il cliente dovrà essere rimotivato alla trattativa richiaman-