Lo spettro borderline
Patrizia Moretti

|

LIRPA
journal

Rivista Scientifica di Ricerche in Psicologia Analitica
Copyright 2018 - Anno 1,n.1 ,luglio 2018

Direttore Responsabile :Antonio Grassi
Reg. Trib. Roma n. 51 – 15/03/2018
E-mail:lirpajournal@gmail.com

LO SPETTRO BORDERLINE: QUESTIONI CLINICHE E NOSOGRAFICHE

*P. MORETTI

Scuola di Medicina Università degli Studi di Perugia

-

RIASSUNTO

Il lavoro analizza le principali linee guida della patologia borderline attraversando storicamente la tradizione clinico nosografica per giungere ad una miglior definizione, affiancando la comprensione psicoanalitica del disturbo.

La conclusione prende spunto dalla caratterizzazione della patologia borderline tra disturbo di personalità e patologia affettiva.

SUMMARY:

Key words: borderline, nosological

The work analysis the principal guide-lines of the borderline disorder going through the historical clinical nosological tradition. The work is also directed to improve the disorde's definition adding to it a psycoanalityc comprhensions.

The conclusions take for granted the characteizzation of the borderline disorder between the personality and the mood disorders.

*_

Introduzione

Il termine borderline fu introdotto per la prima volta da Hugues (1884) per indicare soggetti che nel corso della loro vita oscillavano sulle "frontiere della follia" tra "normalità" e "demenza".

Il termine ha assunto nel corso dell'evoluzione del pensiero psichiatrico diversi significati determinando spesso confusione e riflettendo la difficile definizione di tale disturbo. Le difficoltà di comprensione e l'uso estensivo di tale concetto hanno portato molti autori a considerare il disturbo borderline un artefatto, una "creazione artificiosa e non corrispondente alla realtà", che poteva essere usata per quei casi in cui la definizione diagnostica risulta problematica ed incerta. Allo scetticismo di alcuni autori si contrappone la continua ricerca sull'argomento.

L'osservazione di questi quadri difficilmente ascrivibili a categorie diagnostiche note e la tendenza antitetica da un lato a non apportare innovazioni nosografiche, dall'altro di frammentare in minuscole entità l'essenza strutturale delle sindromi marginali si sono riflettute nella disintegrazione nosografica cui il disturbo borderline è stato sottoposto dai curatori delle diverse edizioni del DSM. Il lavoro propone una disamina delle problematiche diagnostiche del disturbo borderline ponendo l' accento sui suoi aspetti di vicinanza / continuum con la patologia schizofrenica , con le psicosi affettive per concludere con il nuovo modello proposto nella III sezione del DSM5.

Patologia borderline nella tradizione clinico-nosografica: tra schizofrenia e psicopatia

Storicamente il disturbo borderline ha rappresentato un concetto psicopatologico difficilmente inquadrabile, a ragione del polimorfismo sintomatologico a cui il modello clinico descrittivo non era in grado di dare limiti precisi. La difficoltà nell'individuare un organizzatore patognomonico ha fatto oscillare tale disturbo nell'orbita da un lato delle grandi entità nosografiche del sistema krepeliniano, psicosi maniaco-depressiva e schizofrenia, dall'altro nella zona d'ombra di confine tra psicosi e nevrosi, infine nell'ambito della patocaratterologia.

Nella psichiatria continentale europea della fine dell'ottocento si contrapponevano da un lato la scuola tedesca che sotto l'influenza del riordino nosografico operato da Kraepelin (1883) inseriva le patologie mentali in un solido sistema categoriale basato sull'osservazione delle funzioni psichiche, sull'eziopatogenesi e sul decorso, ed ancorato al classico

concetto di unità naturale di malattia; dall'altro la scuola francese che sotto l'influenza di Magnan (1891), di Morel (1852-1857) fedeli alle visioni evoluzionistiche lamarkiane (teoria della degenerazione) costituì un sistema nosologico basato sulla giustapposizione di tipi, raccordati alla fisiologia cerebrale le cui perturbazioni risultano epifenomeni della degenerazione.

Per quanto attiene alla prima posizione il disturbo borderline viene ascritta dapprima al campo della schizofrenia come forma minore.

In questo ambito si possono scorgere diverse vie di sviluppo imperniate sull'analisi del decorso e sul concetto di latenza e sulla coesistenza di sintomi schizofrenici con manifestazioni nevrotiche o affettive .

Kraepelin (1883), osservando da un lato sintomi psicotici simil-schizofrenici, dall'altro un decorso relativamente favorevole parlò per primo di forme attenuate della dementia precox.

In base all'osservazione di un decorso benigno e subdolo in seguito, altri autori associarono alla definizione di schizofrenia aggettivi tesi a attenuarne l'impatto, quali "minore ", ad "evoluzione favorevole", "abortiva", "frustra" e "ambulatoriale".

Il criterio nosografico basato sul decorso tuttavia diede luogo a critiche inerenti soprattutto la delimitazione di questi quadri rispetto alla schizofrenia simplex, forma paucisintomatica dall'esordio subdolo descritto per la prima volta da Diem (1903) e poi inserita da Bleuler (1911) tra le forme cliniche classiche.

Un secondo filone di ricerca partì dal concetto di latenza: Bleuler (1911) con la nozione di schizomorfismo e schizofrenia latente, indicò quadri clinici di ardua interpretazione in cui la disposizione schizofrenica latente incideva sull'espressività sintomatica di forme nevrotiche o caratteriali.

Questa prospettiva di studio fu proseguita da Rorschach (schizofrenia latente 1921), Stern (schizofrenia occulta 1938), Schaffer (carattere schizofrenico 1954**), Meehl (schizotipia** 1962).

Anche in questo campo si generò un area confusiva determinata soprattutto dal fatto che su queste forme marginali si proiettavano le diatribe riguardanti il rapporto tra personalità premorbosa e schizofrenia, schematizzabile nella posizione bleuleriana (che individuava nella genesi dei sintomi primari il processo morboso, nella genesi dei sintomi secondari un meccanismo di compenso al deficit frutto della preesistente struttura di personalità),

contrapposto a quello di Claude (1926) che invece individuava una progressione schizosemiogenetica dalla personalità premorbosa alla schizofrenia di cui schizoidia, schizomania e schizofrenia rappresenterebbero varie tappe.

La differenzazione clinica in base al decorso tra forme schizofreniche tipiche, nucleari e atipiche o fruste con la loro evoluzione catastrofica benigna fu contestato in ragione della complessità dei fattori non solo somatici ma anche psichici, sociali ed ecologici nella determinazione della prognosi del quadro psicopatologico.

La coesistenza di sintomi nevrotici polimorfi con manifestazioni psicotiche, prima che l'apporto della psicanalisi riuscisse a chiarire i limiti tra le due entità, determinò definizioni ibride quali "schizofrenia pseudopsicotica, pseudocaratteriale o polimorfa pseudonevrotica".

A proposito dei rapporti tra schizofrenia e sintomi nevrotici la letteratura degli inizi del novecento prese in considerazione soprattutto i sintomi isterici ed ossessivi.

Nella sua monografia Bleuler (1908) scrisse a questo proposito "di fianco alle anomalie del carattere troviamo i sintomi isterici e neuroastenici, precursori della malattia mentale manifesta. Molti schizofrenici soprattutto giovani donne passano da un medico all'altro con queste diagnosi. I periodi di miglioramento che sono presenti in molti casi sembrano confermare la diagnosi di nevrosi".

Wolfsohn (1907) constatò che nel 29% della sua casistica di dementi precoci vi era una sovrapposizione nevrotica (nevrotisk blastung) sul quadro clinico primario, ma non ha paragonato l'evoluzione di queste forme con i quadri tipici di schizofrenia.

Mayer Gross (1932) si riferi' specificatamente a quadri schizofrenici ad aspetto nevrotico (neuroseahnliche bilder) che identificò come forme cliniche patoplastiche mascherate (athpathoplastische verschleierte bilder).

Bornstayn (AA.VV 1985) osservò che alcune forme schizofreniche potevano apparire inizialmente come nevrosi ossessive.

Helbromer AA:VV: 1985) parlò di "psicosi ossessiva progressiva", Jarrheiss (AA:VV 1985) di "malattia ossessiva cronica sistematica", Carp (AA.VV. 1985) di "nevrosi ossessiva maligna".

Elementi comuni riscontrati in tali quadri furono un ansietà che progressivamente si affievolisce acquisendo un carattere stereotipato, ovvero di passiva rassegnazione, assenza di lotta contro le ossessioni e cerimoniali di difesa manifestati senza pudore anche in pubblico.

I rapporti tra schizofrenia ed isteria furono messi in evidenza da Kraepelin (1896), descrivendo esordi isteroidi ed isteriformi. Claude e Baruk (AA.VV 1985) segnalarono la necessità di distinguere le crisi motrici isteriche da i movimenti automatici parossistici degli schizofrenici.

In generale nella letteratura di questa epoca viene evidenziata la scarsa "psicologicità" delle manifestazioni pseudoisteriche degli schizofrenici.

La linea di sviluppo di sviluppo della scuola francese si articolò invece intorno ai concetti di bouffée delirante polimorfa di Magnan (1893), psicosi allucinatoria acuta di Gilbert (1910), psicosi immaginativa essenziale di Duprè e Longrè (AA.VV. 1985), psicosi schizofreniforme di Lagenfeld (1939), psicogenica,stati oniroidi di Gillet e Follin (AA.VV. 1985) , ricorrente, atipica, schizoaffettiva, e cicloide, aventi come comune denominatore disturbi del contenuto del pensiero (deliri polimorfi, percezioni ed intuizioni deliranti), del corso del pensiero, disturbi della coscienza dell'io (depersonalizzazione e derealizzazione) ed affettivi a decorso ciclico e benigno.

Gli elementi comportamentali, affettivi, stabilmente organizzati e la fragilità dell'Io alla base di possibili sviluppi di tipo psicotico, sono stati invece incasellati in quadri patocaratterologici quali, i degenerati di Magnan (1983) e Morel (1852-1857), gli psicopatici e i mitomani di Duprè (AA.VV, 1985), aventi come interfaccia nella psichiatria dell'epoca l'eboidofrenia di Kahlbaum (1874), le personalità psicopatiche di Kurt Schneider (1955), le personalità paranoicali, in particolare sensitive di Kretschmer (1950), rigorosamente distinti dalla schizofrenia e rappresentanti modelli prototipici di comprensione di disturbi deliranti e comportamentali, visti come amplificazione di tratti preesistenti.

Autonomizzazione della Patologia borderline nell'evoluzione del pensiero psicanalitico

L'apporto della psicanalisi fu determinante nella comprensione e delimitazione della patologia borderline reperendo proprio nella situazione terapeutica, nelle dinamiche transferali e controtransferali i criteri organizzatori per la definizione clinica e terapeutica di questa patologia.

Di particolare importanza è il lavoro di Stern (1938) che fu fra i primi a stabilire criteri diagnostici specifici per la patologia borderline definendo le caratteristiche di un gruppo di pazienti "troppo malati" per essere sottoposti ad una psicanalisi classica (narcisismo, atteggiamento di fuga davanti agli stress psichici, sregolatezza, rigidità, reazione negativa alla terapia, sentimenti di inferiorità, masochismo, uso di meccanismi arcaici, cattivo esame di realtà).

Eisenstein (1949) impiegò a sua volta questa terminologia e rimise in auge il concetto di disturbo borderline.

In sintonia con il precedente autore egli era colpito da un numero crescente di pazienti per i quali non c'era indicazione per una terapia psicanalitica e che non potevano essere classificati nè nel gruppo dei nevrotici nè in quelli degli psicotici, che presentano le seguenti caratteristiche:

- grande ansietà scatenata da tutti gli interventi interpretativi vissuti come una disapprovazione, sintomo di una grande insicurezza interiore;
- rigidità difensiva strettamente ancorata a questa insicurezza interiore e destinata ad entrare in azione tutte le volte che l'equilibrio narcisistico di questi pazienti è in pericolo;

- iperstesia di fronte a défailances nella stima di sé.

In sintonia con i precedenti autori Wolberg (1952) evidenziò la distinzione nosografica degli stati limite in particolare nei confronti delle strutture psicotiche precisando i meccanismi ripetitivi che utilizzano questi soggetti alla perenne ricerca compulsiva di gratificazioni necessarie a rafforzare la stima di se e ricorrendo in caso di frustrazione a fantasmi megalomanici.

Nello stesso periodo con lo studio di Hoch e Polatin (1949) la psichiatria classica in accordo con gli apporti psicanalitici offrì il primo contributo organico allo studio della patologia marginale, precisando rigorosamente le caratteristiche semeiologiche necessarie per porre la diagnosi.

Con il termine di "schizofrenia pseudonevrotica" i due autori non indicano uno stato di transizione verso forme classiche di schizofrenia, nè un esordio nevrotico di questa patologia ma piuttosto una forma cristallizzata, con scarse tendenze evolutive di questa patologia. In questo senso i pazienti rimangono "stable-unstable" (stabili-instabili) per tutta la vita e nei casi in cui la fenomenologia psicotica erompe globalmente poi rientra in breve tempo.

1. Schmiderberg (1949) pur condividendo la stabilità di decorso di questi pazienti e offrendone un' accurata analisi sintomatologica e strutturale considerava questi pazienti non schizofrenici ma al limite con nevrosi, psicosi, psicopatie e normalità ma individuando nel grave disturbo di personalità la caratteristica fondamentale di questi pazienti.

Da questo punto la letteratura psicanalitica sull'argomento può essere suddivisa in due filoni:

1. studio delle manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io e della regressione a strutture primitive di funzionamento in relazione con i processi primari del pensiero, con riferimento alle problematiche transferali e psicoterapeutiche in generale;
2. considerazione sulle operazioni difensive specifiche dell'organizzazione borderline, in particolare ponendo il fuoco della ricerca sui processi di splitting, intesi come meccanismi di difesa attiva piuttosto che come deficit dell'Io.

Grinker (1948) portò a termine uno studio fondamentale dal punto di vista clinico al fine dell'isolamento del disturbo borderline come entità nosografica autonoma da nevrosi e psicosi evidenziadone 4 elementi essenziali:

- anger, inteso come crisi collerico disforica;
- rapporti interpersonali difettosi e gravemente disturbati;
- disturbi del senso di identità;
- depressione "non ne la sua forma tipica con sensi di colpa, autoaccuse e rimorsi, ma piuttosto sensazioni di vuoto e futilità".

Lo stesso autore distinse inoltre 4 sottogruppi:

- *Versante psicotico:*
- comportamento inappropriato;
- problemi nell'esame di realtà;
- comportamento negativo e rabbia espressa.
- *Nucleo della sindrome borderline*
- affettività negativa pervasiva;
- volubile coinvolgimento con gli altri;
- rabbia agita;
- disturbo identità di sé.
- *Gruppo come sé*
- Tendenza a imitare identità altrui;
- Anaffettività;
- Comportamento più adattativo;

- Relazioni carenti di genuinità.
- *Versante nevrotico*
- depressione anaclitica;
- ansia;
- aspetti nevrotici e narcisistici.

Sviluppi recenti nella caratterizzazione della patologia borderline: tra disturbo di personalità e patologia affettiva

La concettualizzazione del disturbo borderline come specifico di personalità proprio del DSM risale alla terza edizione (DSM III !983) , nella quale venne inserito facendo seguito alla notevole mole di letteratura sull'argomento degli anni 60-70.

Nella precedente edizione, DSM II (1968), non ve ne era menzione, ed i pazienti borderline coerentemente con la posizione dominante all'epoca venivano inseriti per la maggior parte all'interno della schizofrenia latente.

L'impostazione all'interno del DSM III risentì in larga parte dello studio descrittivo di Gundeson e Singer (1975), che da un riesame della letteratura evidenziano sei caratteristiche fondamentali per la diagnosi del paziente:

- Affettività intensa prevalentemente depressiva o rabbiosa;
- Impulsività;
- Adattamento superficiale alle situazioni sociali;
- Episodi psicotici transitori;
- Tendenza a perdere nessi associativi se sottoposti a test proiettivi;
- Modelli interpersonali instabili, dipendenti ma effimeri.

Nella stesura degli items fu fatto riferimento anche allo studio strutturale di Kernberg (1978-1985-1987).

Gli aspetti di tipo psicopatologico, in particolare i disturbi del pensiero, furono invece inseriti nel disturbo schizotipico di personalità, che nella III edizione del DSM era stato separato dal disturbo schizoide.

Tra i criteri del DSM III e DSM IIIR (1987) per il disturbo borderline un argomento controverso è stato rappresentato dalla mancata inclusione degli episodi psicotici transitori, in seguito inseriti nella IV edizione. (DSM IV 1994).

Altre aree problematiche riguardano le sovrapposizioni diagnostiche tra alcuni disturbi in asse II e disturbo borderline di personalità, che hanno sollecitato gli estensori del DSM III R a eliminare gli items idealizzazione, svalutazione e scoppi di rabbia dal disturbo istrionico di personalità, al fine di meglio delimitare i diversi quadri.

Un altro punto che ha creato numerose diatribe è rappresentato dalla comorbilità tra disturbo borderline e altre patologie in asse I, in particolare affettive.

L'osservazione della molteplicità sintomatologica con la quale il disturbo borderline si manifesta ha condotto diversi autori, in studi effettuati nei primi anni 80 infatti, a conclusioni discordanti da quelle riportate nel DSM III (1980).

Le osservazioni eseguite rilevano che le caratteristiche cliniche peculiari del disturbo borderline potevano, spesso, non derivare originariamente da disturbi caratterologici ma celare una patologia in Asse I.

La diagnosi differenziale richiesta interessava frequentemente patologie di tipo affettivo. Lungo questa linea di ricerca si sono mossi i principali studi volti proprio ad una migliore definizione della personalità borderline con una conseguente distinzione dai disturbi dell'umore.

Le ricerche eseguite si sono dovute confrontare con le osservazioni precedenti che mettevano in luce i punti di congiunzione tra i due diversi quadri patologici: Klein (1975) riscontrava una buona risposta dei pazienti borderline al trattamento

farmacologico con antidepressivi, Stone (1981) ha registrato un'altra incidenza di psicopatologia affettiva nell'osservazione longitudinale di questi pazienti tanto da evidenziare un "contemporary shift of the borderline concept from a subshizophrenic disorder to a subaffective disorder". Grinker e coll (1968), Gunderson e coll (1975) hanno evidenziato le caratteristiche dell'episodio depressivo osservabili in pazienti diagnosticati come borderline in una "depressione di tipo anaclitico e temporanei stati di solitudine", "una predominanza di rabbia e depressione e vari gradi di ansia e anedonia".

Numerosi altri studi hanno considerato, valutando differenti aspetti, le sovrapposizioni tra i due diversi quadri psicopatologici utilizzando test neurofisiologici, neuroendocrini e di responsività ai farmaci.

Le diverse considerazioni emerse da queste valutazioni hanno condotto diversi autori ad ipotizzare una posizione primaria dei disturbi affettivi sulla patologia caratterologica.

Tra questi studi emergono per il numero di consensi i lavori di Akiskal e coll. (1981) e Andrulonis e coll. (1982) condotti utilizzando anche criteri valutativi aggiuntivi del DSM III (1980) nella valutazione diagnostica (markers biologici, risposte al trattamento, decorso, storia familiare). L'utilizzo di parametri esterni ha permesso di fornire un modello di analisi del disturbo alternativo a quello descrittivo nel manuale.

Akiskal e coll (1985)., hanno valutato un campione di 100 pazienti selezionati in base alla soddisfazione di almeno cinque dei sei criteri del DSM III (1980). Il gruppo di pazienti è stato valutato attraverso un intervista semistrutturata, un follow-up (6-36 mesi), valutando la presenza di disturbi affettivi e l'anamnesi familiare. In base ai risultati ottenuti gli autori riassumono un gruppo eterogeneo di disturbi che riflettono l'intera gamma della psicopatologia.

Nello studio i criteri di valutazione per la diagnosi di disturbo affettivo venivano soddisfatti almeno nella metà del campione e, comunque, la componente affettiva era rilevabile tanto da condurli ad affermare che "i disturbi borderline si collocano prevalentemente al confine delle psicosi affettive, anziché di quelle schizofreniche".

Tali conclusioni si sono scontrate con diversi autori collocate in posizioni antitetiche.

Nella pratica clinica risulta estremamente difficile distinguere con chiarezza le differenti componenti all'interno del disturbo, ma, comunque, resta importante individuare ed inserire i singoli sintomi all'interno della ipotesi diagnostica.

La plasticità della sintomatologia borderline sembrerebbe, secondo Akiskal (1985), fondarsi pirincipalmente su una struttura di debolezza dell'io, ipotesi che permetterebbe di comprendere un ampio raggio di manifestazioni, da quelle nevrotiche fino alle psicotiche, senza che sia possibile individuare un' origine squisitamente caratterologica.

Spettro borderline: spunti di riflessione clinica e nosografica

L'analisi dei dati di tipo nosografico, sintomatologico, evolutivo e terapeutico nell'ambito del disturbo borderline dimostra la fondatezza della sua separazione dal campo della schizofrenia e da quello della patologia affettiva, in cui si era tentato l'inserimento. Appare altresì valido la sua sistematizzazione nell'ambito della patologia del carattere, sia osservandone la familiarità che il follow-up.

Lo studio clinico e nosografico di questa patologia dev'essere tuttavia affrontato nel contesto più generale di tutta la patologia della personalità. L'attuale riduttiva sistematizzazione nell'ambito dell'asse II del DSM IV(1994) e della sezione II del DSM5 (2013) rimane un punto controverso.

Il punto nodale, come già all'epoca della stesura del DSM III facevano notare Kernberg (1981)e Millon (1981) è che il metodo di distinzione ed individuazione delle patologie in asse II, non viene fatto in base a una dimensione gravità, per cui non furono mai messi a punto criteri distintivi, ma in base a organizzatori patognomonici descrittivi assolutamente arbitrari.

D'altra parte le numerose sovrapposizioni diagnostiche in asse II pongono il problema dell'esistenza di vari spettri: nel DSM IV molti spettri vengono interrotti nel loro continuum, attraverso l'esclusione di alcune patologie del carattere (es. personalità isterica, masochistico-depressiva etc) o attraverso il loro inserimento in asse I come è avvenuto ad esempio per

alcune patologie affettive (es. personalità ciclotimiche e ipomaniacali) e per i disturbi del controllo degli impulsi, comprendenti la personalità esplosiva (disturbo esplosivo intermittente) e vari disturbi impulsivi della personalità.

La situazione è resa ancora più confusa dalla restrizione del campo della patologia schizofrenica, dalla dilatazione di quella affettiva e sulla dispersione di quella nevrotica, che è stata esclusa a partire dal DSM III.

Uno spunto per futuri studi è rappresentato dalla proposta di Kernberg (1978-1981-1989) di rappresentare le patologie del carattere secondo parametri sia clinici che dinamici lungo un continuum, comprendente ad un livello superiore la personalità isterica, ossessiva e masochistico depressiva, a livello intermedio le personalità narcisistiche meglio funzionanti, le personalità infantili di più alto livello (istrioniche) e le passivo-aggressive ed a un basso livello le personalità narcisistiche più regressive, le personalità infantili di basso livello (isteroidi), le personalità affettive gravi (ipomaniacale e ciclotimica), le personalità schizoide, paranoidee e antisociali, tutte inserite in spettri omogenei.

Anche il DSM nella sua ultima edizione (DSM5 2013), pur mantenendo inalterata la classificazione diagnostica categoriale , si è inserito in questa discussione proponendo nella sezione III un modello alternativo multidimensionale basato sulla descrizione dei tratti .Tali tratti vengono indentificati come elementi di funzionamento della personalità in particolare

Funzionamento del Se e funzionamento interpersonale. In particolare troviamo

Criterio A) moderata o più grave compromissione del funzionamento del Sé (identità e autodirezionalità) ed interpersonale (empatia ed intimità)

Criterio B) uno o più tratti di personalità patologigi ed i tratti :

Tali tratti fanno riferimento a 5 domini

Affettività negativa, distacco, antagonismo, disinibizione, psicoticismo.

Per ogni dominio viene indicata anche la sua polarità opposta.

Rimangono in questo modello inalterati i criteri

1. C) invasività e pervasività del malfunzionamento in una vasta gamma di situazioni personali e sociali
2. D) relativa stabilità nel tempo ed esordio nell' adolescenza e nella prima età adulta del disturbo
3. E) elementi di diagnosi differenziale
4. F) il disturbo non è attribuibile all' uso di sostanze
5. G) il disagio va valutato in rapporto anche alla fase di sviluppo e alla cultura del soggetto.

In quest' ottica i disturbi di personalità identificati sono antisociale , evitante , borderline , narcisistico ossessivo compulsivo, schizotipico e tratto specifico.

Il modello proposto dal DSM5 anche se tiene conto delle concettualizzazioni proposte da Kernberg, Millon e Cloninger non fornisce comunque elementi esaustivi per il disturbo borderline soprattutto se posto in diagnosi differenziale con il disturbo tratto specifico. Anche l'ottica dimensionale proposta dal DSM5 sembra comunque al momento poco soddisfacente. Infatti all' interno dello stesso quadro diagnostico possono presentarsi quadri di sofferenza psicopatologica molto diversi e questo ha risvolti decisivi per il trattamento. Infatti una stessa diagnosi può necessitare di progetti terapeutici diversi. Nonostante questo il momento diagnostico resta un punto fermo nell' organizzazione della nosografia psicopatologica soprattutto per la costruzione di progetti terapeutici individualizzati, rispettosi della complessità di ogni singolo paziente.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRYC ASSOCIATION: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* , Fifth Edition. 2013

- ANDRULONIS P. A., GLUECCK B. C., SROEBEL C. F., VOEGEL N. G., (1982): *Borderline personality subcategories,* Nerv. Ment. Dis.
- ANDRULONIS P.A. et al. (1984): *Comparison of borderline personality subcategories to schizophrenic and affective disorders*. J. Psych.
- AKISKAL H.S. et al. (1985): *Borderline: an adjective in search of a noun*.J.Clin.Psych.
- AKISCAL H. S. et al. (1981): *Suaffective disorders: ciclotymic and bipolar II disorders in the borderline realm*. Clin. North Am.
- AKISKAL et al (1985).:*The nosological status of borderline personality: clinical and polisomniografic study*. J. Psych.
- VV. (1985): *Enciclopedie medico chirurgical, psyc*. 37395A10.2 Paris
- BERGERET J. (1989):*Depressione e stati limite*. Il Pensiero Scientifico. Roma
- BERGERET J.(1997): *La personalità normale e patologica.* Raffaello Cortina Editore. Milano
- BLEULER E. (1935): *Dementia Praecox*, *o il Gruppo delle schizofrenie*. Nis.
- BINI L., BAZZI T. (1971): *Trattato di psichiatria*. Vallardi Milano.
- CLAUDE H. (1926): *Demence precoce et schizofrenie-Congrs des Medicines alienistes et neurologinines di laugne* Francaise Masson edit. Pris
- CLAUDE H. (1945): *Signes nevrotiques dans lews formes limites de la schizophrenie.* Rew Ment.
- DIEM O. (1903) : *Die einfach demente form der dementia praecox* . Psyc.
- Ey H. (1951): *Les limites de la notion de schizofrenie*. In laraison
- EISENSTEIN V.W. (1958).:*Psychothérapie differéntielle des états limites.In Bychowski*: Thechniques spécialisées de la psychotherapie.PUF Paris
- GIBERTI F.- ROSSI R. (1996): *Manuale di psichiatria*. Piccin Padova
- GUNDERSON J. G., SINGER M.T. (1975): *Defining borderline patients: an overview.* Am J. Psychiatry
- GUNDERSON J.G. et al. (1985):*The interface between borderline personality and affective disorder*. J. Psych.
- GRINKER RR. (1968): *The borderline syndrome.* A behavioral study of Ego function, New York.
- HOCH P.H., POLATIN P. (1959): *Pseudoneurotic forms of schizophrenia*.
- HUGUES M. (1844): *Borderline Psychiatric Records- Prodomal Symptom of Physical Impairments . APPENIST NEUROL..*
- JASPER K. (1964): *Psicopatologia generale.* Pensiero Scientifico Editore
- KLEIN D.(1975): *Psycofarmacology and the borderline patients.* In: MACK J. Borderline states in psychiatry. Grunne & Stratton. N.Y.
- KERNBERG O. (1987): *Disturbi gravi della personalità*. Boringhieri Torino
- KERNBERG O. (1985): *Mondo interno realtà esterna*. Boringhieri Torino
- KERNBERG O. (1978): *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Boringhieri Torino
- KERNBERG O. (1989): *Psicoterapia psicodinamica dei pazienti borderline.* Edizioni Universitarie Romane
- KRAEPELIN E. (1970): *Lecons Cliniques surla demence precoce et la psychose maniaco-depressive*-Privat edit Toulouse
- KRAEPELIN E. (1883, 1887,1891,1893,1896, 1899,1904,1915,1927): *Psychiatrie-ein Lehrbuch tur studierende und aertze.* Leipzig: J.A. Barth,
- LABOURCARIE J. (1982): *Le devenir des psychoses delirantes aigues et le risque de leur évolution schizophrénique secondaire*. Citato In Ey Manuale di psichiatria. Masson Parigi
- MAGNAN V. (1891): *Lecons Cliniques sur les maladies mentales.* P:F: Paris
- MAGGINI C. PINTUS A. (1996): *Nosografia dei disturbi Borderline*: Quaderni italiani di psichiatria
- Mc GLASHAN T.H. (1987): *Borderline personality disorder and unipolar affective disorder*. *Long term effects of comorbidity*. J.nerv.Ment.
- Mc GLASHAN T.H. (1986):*The Chestnut Lodge follow-up study.III. long term outcome of borderline personalities*. Gen
- MILLON T.(1981): *Disorders of Personality DSM III* : axis II.Wiley N.Y.
- MOREL B.A. (1852): *Etudes Cliniques. Traitè des Dègènèrescences, Physyque, Intellectuelles et morales de l'èspèce humaine.* Baillière. Paris

- MOREL B.A. (1957): *Traitè des Dègènèrescences, Physyque, Intellectuelles et morales de l'èspèce humaine.* . Baillière. Paris
- MORSELLI E. (1985). *Semeiotica delle malattie mentali.* Vallorati Milano
- STERN A. (1945): *Thérapeutique psychoanalitique dans les états limites*. Q.
- STONE M. H.(1981): *Borderline syndromes: a consideration of subtypes and an overview*, *direction for researches*. Clin. North Am.
- ZILLBORG F. (1941): *Ambulatory schizophrenia*. Psych.

_*