

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA

“La Sapienza”

FACOLTA' DI PSICOLOGIA

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DINAMICA E CLINICA

“DOTTORATO DI RICERCA IN PSICOLOGIA DINAMICA

CLINICA E DELLO SVILUPPO - XIX CICLO”

**DISTURBI DI PERSONALITÀ IN ADOLESCENZA:
UN CONTRIBUTO ALLA VALIDAZIONE ITALIANA
DEL *MILLON ADOLESCENT CLINICAL
INVENTORY***

Tutor:

Chiar.mo Prof. MASSIMO AMMANITI

Co-Tutor:

Chiar.mo Prof. PIETRO SAN MARTINI

DOTTORANDO:

dott. ANDREA FONTANA

ANNO ACCADEMICO 2005-2006

INTRODUZIONE

Il presente lavoro, nell'ambito del dottorato in Psicologia Dinamica, Clinica e dello Sviluppo si focalizza su un'area solo recentemente presa in considerazione dalla letteratura: i disturbi di personalità in adolescenza. Nel primo capitolo, passo in rassegna il campo di indagine definendone le criticità e gli assunti condivisi dai moderni ricercatori e mostrandone i principali orientamenti teorici. Nel secondo capitolo, effettuo una panoramica sui pochi ma principali strumenti costruiti nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo per valutare la presenza e la tipologia dei disturbi di personalità in adolescenza. Proprio la necessità di studiare più a fondo strumenti clinici e di ricerca nell'area dello sviluppo dei disturbi di personalità in adolescenza mi ha spinto a investigare le qualità psicometriche e le possibilità cliniche di un questionario non ancora validato in Italia. Nel terzo capitolo, infatti, presento il mio progetto di ricerca che offre un contributo alla validazione di un *self report* sui disturbi di personalità e su alcune problematiche cliniche in adolescenza. Il Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) è uno strumento ideato da Theodore Millon, presidente della commissione che ha costruito l'asse II del DSM, e dai suoi collaboratori per lo studio e la valutazione della personalità negli adolescenti dai 13 ai 19 anni (Millon, Davis, Millon, 1993). Il MACI è un questionario autosomministrato composto da 160 affermazioni che descrivono comportamenti, modi di sentire e pensare degli adolescenti con disturbi di personalità e disagio psicopatologico definiti attraverso i criteri del DSM III-R e del DSM IV. All'adolescente viene chiesto di leggere le 160 affermazioni e di rispondere "vero" se sente che l'affermazione descrive un comportamento, un modo di sentire e pensare che gli appartiene oppure "falso" se è indeciso o sente che l'affermazione non è pertinente con la sua immagine di Sé. Lo strumento valuta personalità e le manifestazioni cliniche attraverso un profilo ottenuto attraverso la lettura di 31 scale. I punteggi di ciascuna scala vengono ottenuti conteggiando le risposte del soggetto agli item ritenuti indicativi della presenza della dimensione indagata: ad esempio la risposta "vero" all'item 13 "Mi sembra di avere difficoltà nel fare amicizia con gli altri ragazzi" fa salire il punteggio sulla scala Schizoide ed Evitante mentre una risposta "falso" all'item 27 "Mi piace stare in casa" fa salire il punteggio sulla scala Problemi Familiari. Per verificare che il

contenuto delle 160 affermazioni fosse significativo e valido, ho chiesto ad 8 clinici con esperienza nell'ambito della psicoterapia dell'adolescenza di valutare la pertinenza dell'attribuzione di ciascun item a ciascuna scala e sulla base di questi risultati ho apportato alcune modifiche al questionario. Ho inoltre somministrato il questionario a 250 adolescenti dai 17 ai 19 anni (ritenendo più adeguata l'applicazione dello strumento a questa fascia di età) presi dalla popolazione generale ottenendo risultati soddisfacenti sul piano dell'attendibilità e della validità dello strumento. I risultati ottenuti concordano con quelli pubblicati dagli Autori e da studi indipendenti condotti in America Latina. A conclusione del lavoro e alla luce dei risultati ottenuti dalla ricerca traccio un bilancio della ricerca e indico i possibili sviluppi futuri tra i quali posso menzionare la necessità di somministrare lo strumento ad adolescenti appartenenti ad una popolazione clinica. L'obiettivo è quello di mettere a punto un questionario di indagine in grado di offrire prime indicazioni e uno screening dello stile di personalità e delle problematiche cliniche degli adolescenti.

CAPITOLO 1

“DISTURBI DI PERSONALITÀ IN ADOLESCENZA”

1.1 Disturbi di personalità: definizione

Non esiste una definizione univoca e condivisa di “personalità”, poiché il termine assume significati e implicazioni differenti a seconda della teoria di riferimento e della metodologia di osservazione e di ricerca che conseguentemente si utilizza. Nel 1992, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la personalità come una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un soggetto e che risulta da fattori costituzionali, evolutivi e sociali. Ancor più complessa è la definizione del costrutto complementare di disturbo di personalità che ha dato luogo, negli ultimi venticinque anni, a numerose ricerche empiriche (Lenzenweger, Clarkin, 2005). Non essendo possibile in questa sede effettuare una descrizione e un’analisi storica del concetto di disturbo di personalità, ci limitiamo a sottolineare come, secondo Vaillant e Perry (1985), il costrutto faccia implicitamente la comparsa nel XIX secolo con la definizione di “follia morale”. Come nota Paolo Migone (1990) tra i primi autori che si avvicinano al concetto di disturbo borderline di personalità si possono ricordare Hughes (1884), con il suo concetto di *borderland* della follia, e Rosse (1890), che parlò esplicitamente di *borderline insanity*, per definire coloro che oscillavano alternativamente tra salute, intesa come contatto con la realtà, e psicopatologia. L’influenza del *mainstream* psicoanalitico sullo studio della personalità, iniziato con il saggio di Freud su *Carattere ed erotismo anale* (Freud, 1908) e proseguito, tra gli altri, dall’importante testo di Wilhem Reich sull’*Analisi del carattere* (Reich, 1933), è fondamentale nell’elaborazione di modelli di comprensione dello sviluppo del carattere e della sua patologia. Secondo Migone (1990), l’ottica in cui venivano considerati i disturbi di personalità dagli psicoanalisti di matrice anglosassone era quella dell’analizzabilità: “anche nei tardi anni '30, quando il termine *borderline* divenne finalmente familiare [...], esso si

riferiva a pazienti scarsamente analizzabili in quanto situati tra le nevrosi e le psicosi” (Migone, 1990, pp. 30). Dagli anni '30 agli anni '70, tre pionieri, Adolph Stern, Robert Knight e Roy Grinker hanno contribuito alla diffusione del termine *borderline* (Migone, 1990). Adolph Stern (1938) descrisse i *borderline* come persone ipersensibili, che sviluppavano un *transfert* caratterizzato da cicli di idealizzazione/svalutazione alla cui radice vi erano potenti meccanismi proiettivi. Nel 1953 Robert Knight sottolineò la gravità di quei pazienti solo apparentemente nevrotici, che, nel corso della psicoterapia, erano soggetti a profonde regressioni legate ad una severa debolezza dell'Io. L'intuizione di Knight fu quella di distinguerli dalla schizofrenia e concepirli come una entità nosografica autonoma (Knight, 1953; Migone, 1990). Negli anni '60 il contributo di Roy Grinker (1968) fu importante nella individuazione di criteri osservabili per il disturbo *borderline*. In particolare Grinker e colleghi (1968) riscontrarono nei *borderline* le seguenti condotte: ipersensibilità alle critiche, paura e inadeguatezza nei rapporti intimi, disturbi dell'identità, bassa autostima, tendenza alla depressione, utilizzo di difese primitive e spunti paranoici. Gli autori condussero un'indagine empirica su pazienti ricoverati e individuarono attraverso una *cluster analysis* quattro sottogruppi di pazienti *borderline* (Grinker et al., 1968; ma vedi anche Gabbard, 2000): (1) *Versante psicotico*, caratterizzato da lacune nell'esame di realtà, comportamento inappropriato e aggressività manifesta o comportamento negativistico; (2) *Nucleo della sindrome borderline*, caratterizzato da affettività negativa pervasiva, volubile coinvolgimento con gli altri, aggressività agita e scarsa identità del Sé; (3) *Gruppo “come-se”*, caratterizzato da tendenza ad imitare gli altri, anaffettività, comportamento adattivo, relazioni interpersonali poco spontanee; (4) *Versante nevrotico*, caratterizzato da depressioni anaclitiche, aspetti nevrotici e narcisistici, angoscia. Il 1980 rappresenta un anno di svolta nell'ambito della ricerca sui disturbi di personalità. Infatti, l'*American Psychiatric Association*, seguendo un approccio tassonomico, introduce nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder III* (DSM III) un sistema multiassiale comprendente un asse (asse II) per la valutazione dei disturbi della personalità, dal quale prendono avvio una smisurata mole di studi, critiche e proposte di riforma (Lenzenweger, Clarkin, 2005). L'approccio multiassiale introdotto dal DSM III si caratterizza come una novità in quanto propone una descrizione e classificazione di alcune tipologie di disturbo di personalità e ne permette la diagnosi indipendentemente dalla presenza di sindromi

cliniche rilevate sull'asse I. L'approccio del DSM, inoltre, si caratterizza per la sua "ateoreticità" ovvero tenta di formulare categorie diagnostiche su una base puramente fenomenologica e comportamentale in modo tale da poter essere utilizzato da clinici di orientamenti teorici diversi. La scelta di fondo degli Autori, sebbene comprensibile, ha però avuto l'effetto di creare delle categorie a partire da scelte prevalentemente politiche piuttosto che da studi empirici, alimentando così un dibattito, tuttora aperto, sulla validità dei criteri utilizzati (Westen, Shedler, 1999; Lenzenweger, Clarkin, 2005). Come affermano Mark Lenzenweger e John Clarkin "l'introduzione formale della classificazione su asse II, nel 1980, introdusse una fase estremamente attiva di ricerca sulla psicopatologia; precisamente, una fase di chiarificazione e validazione dei costrutti relativi ai disturbi di personalità e di iniziali sforzi di comprensione dei rapporti tra personalità e disturbo di personalità" (Lenzenweger, Clarkin, 2005; pp. 6). Nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV - Text Revised* (DSM IV TR) il disturbo di personalità è definito come "un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo, e determina disagio o menomazione" (APA, 2000; pp. 729). Secondo il DSM IV TR, il disturbo di personalità si manifesta in almeno due delle seguenti aree: (1) *cognitività* – ovvero nella percezione e nella interpretazione di sé stessi; (2) *affettività* – ovvero nella qualità della risposta emotiva agli eventi; (3) *funzionamento interpersonale*; e (4) *controllo degli impulsi*. Seguendo un approccio di tipo fenomenologico-descrittivo, il DSM IV TR definisce i criteri diagnostici per i 10 disturbi di personalità e li raggruppa, sulla base di analogie e somiglianze, in 3 *cluster*: (1) *Cluster A*, che include soggetti eccentrici o bizzarri e comprende i disturbi paranoide, schizoide e schizotipico; (2) *Cluster B*, caratterizzato da individui impulsivi e irresponsabili e include i disturbi antisociale, borderline, istrionico e narcisistico; (3) *Cluster C*, che raggruppa i soggetti ansiosi e evitanti e include i disturbi evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo. Questi tre *cluster*, però, sebbene utili per la ricerca e la didattica, non sono stati adeguatamente validati (APA, 2000; Gabbard, 2000). Inoltre, a dispetto della classificazione dei disturbi di personalità in *cluster* distinti e indipendenti, il DSM IV TR precisa che spesso i soggetti presentano una compresenza di disturbi appartenenti a *cluster* diversi (APA, 2000). Questi aspetti evidenziano il problema dell'alta *comorbidità* in asse II come

evidenziato da diversi studi (Klerman, 1990; Widiger et al., 1991; Bell, Jackson, 1992). Ad esempio, Clark (1992) sostiene che i criteri dell'asse II non sono raggruppati in maniera adeguata e non riflettono gli studi sulle dimensioni latenti dei tratti disponibili in letteratura. In particolare, Drew Westen e Jonathan Shedler hanno mosso una serie di critiche all'asse II del DSM (Westen, Shedler, 1999a; 1999b; Westen, Shedler et al., 2003). Per gli autori, l'asse II presenta i seguenti problemi: (1) non ha fondamento empirico; (2) la comorbidità tra i disturbi è troppo elevata; (3) gli strumenti di misura costruiti a partire dalle categorie diagnostiche soffrono delle modalità di costruzione dell'asse II e non sono metodologicamente adatti alla valutazione dei disturbi di personalità; (4) il numero dei criteri per ciascun disturbo, da 7 a 10, è esiguo per descrivere una dimensione così complessa come quella di personalità; (5) i criteri diagnostici non considerano le risorse della personalità utili nella progettazione della terapia e nella valutazione dell'*outcome*. In definitiva, le ricerche empiriche condotte dopo l'introduzione dell'asse II mettono in guardia sulla validità di costruito delle categorie di disturbo di personalità così come sono state formulate dal DSM (Lenzenweger, Clarkin, 2005).

1.2 Disturbi di personalità in adolescenza: definizione, controversie e principali ricerche empiriche

□ Il DSM IV TR (APA, 2000) afferma che per porre una diagnosi di disturbo di personalità in adolescenza sono necessari i seguenti requisiti generali: (1) una età inferiore ai 18 anni (eccetto che per il disturbo antisociale di personalità che non può essere diagnosticato prima dei 18 anni –nonostante le ricerche empiriche tendano ad affermare il contrario, vedi Moffitt, 1993; Moffitt et al., 1996); (2) i criteri diagnostici devono essere soddisfatti per almeno 1 anno –ovvero devono mostrare una certa stabilità. Inoltre, il DSM IV TR afferma che il disturbo di personalità in adolescenza può essere diagnosticato “*in quei casi relativamente insoliti* in cui i particolari tratti di personalità non adattivi dell'individuo sembrano essere *pervasivi, persistenti* e *probabilmente non limitati ad un particolare stadio dello sviluppo* o ad un episodio di disturbo in asse I” (DSM IV TR, 2000; corsivo mio). In questa affermazione possiamo notare come il DSM tenda a scoraggiare la diagnosi di disturbo di personalità definendolo “relativamente insolito”, e che attribuisca al disturbo di personalità carattere

“pervasivo, persistente e non limitato a uno stadio dello sviluppo”. Pur condividendo la coerenza della definizione, notiamo che il DSM non fornisce, come affermano Massimo Ammaniti e Giulio Sergi, “un criterio evolutivo nella psicopatologia adolescenziale” (Ammaniti, 2002; pag.14). È quindi particolarmente problematico distinguere un disturbo di personalità da una fase transitoria dello sviluppo se non si indicano i criteri su cui questa distinzione dovrebbe essere operata. In questo senso, il DSM non considera la sofferenza in adolescenza alla luce delle profonde trasformazioni proprie di questa fase del ciclo di vita e, nonostante l’approccio di fondo descrittivo-fenomenologico, è privo di una adeguata descrizione dei sintomi specifici di questa età e non indaga la loro eventuale variazione nel corso dello sviluppo (Ammaniti, Sergi, 2002). L’approccio DSM si limita quindi ad offrire dei criteri diagnostici di dubbia validità sugli adulti e sancisce la loro applicazione in età evolutiva a quei casi che mostrano una relativa stabilità, non specificando che cosa si intenda con stabilità in un periodo di vita in cui il cambiamento è la regola più che l’eccezione (Westen, Chang, 2000). Se la stabilità dei tratti disadattivi è definita a partire dalla permanenza dei comportamenti e dei vissuti indicati dal DSM, alcune ricerche empiriche mostrano che i disturbi di personalità in adolescenza sono stabili e piuttosto diffusi nella popolazione generale (Bernstein et al., 1993; Bernstein et al., 1996). Le ricerche di David Bernstein e colleghi hanno investigato la *prevalenza* dei disturbi di personalità nella popolazione generale degli adolescenti americani, dimostrando che, se si utilizzano i criteri definiti dal DSM III R, i disturbi di personalità in adolescenza non possono essere considerati “casi relativamente insoliti”. Per valutare la presenza di disturbo di personalità nel loro ampio campione di 733 soggetti (*range* di età dagli 11 ai 21 anni), gli autori hanno costruito delle scale *ad hoc* elaborate a partire dai criteri del DSM III R. Questa metodologia risente della mancata validazione delle scale utilizzate e testimonia la necessità di proseguire nella definizione dei criteri diagnostici e degli strumenti che possano valutarli adeguatamente (Bernstein, comunicazione personale): gli autori, infatti, hanno somministrato sia ai genitori che agli adolescenti interviste e *self report* costruiti per una popolazione adulta. Fatte queste doverose premesse, la ricerca condotta da Bernstein e il suo gruppo assume un valore pionieristico ed esplorativo. Gli autori hanno ottenuto i seguenti risultati: (1) il 17,2 % (2 ds dalla media) degli adolescenti riceve una diagnosi di almeno un disturbo grave di personalità (il disturbo

Narcisistico risulta quello con maggior prevalenza) mentre il 31,2 % (1 ds dalla media) degli adolescenti mostra un disturbo di personalità di moderata gravità (il disturbo Ossessivo-Compulsivo risulta quello con maggior prevalenza); (2) la prevalenza dei disturbi di personalità sia gravi che moderati raggiunge un picco all'età di 12 anni nei maschi e a 13 nelle femmine ma la probabilità di essere diagnosticati con un disturbo in asse II decresce con l'aumentare dell'età.; (3) nella tarda adolescenza la prevalenza di disturbo raggiunge valori simili a quelli riscontrati negli studi epidemiologici condotti su adulti (vedi anche Grilo et al., 1998); (4) i soggetti diagnosticati in fase iniziale con disturbo di personalità mantengono un rischio elevato di diagnosi in asse II ad ogni successiva valutazione; (5) gli adolescenti con diagnosi di disturbo di personalità, compresi quei soggetti che non mostrano la stabilità nel tempo di queste caratteristiche, soffrono di bassi livelli di funzionamento sociale, problemi scolastici e lavorativi, in accordo a quanto indicato dal DSM come "disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento sociale" (APA, 2000, pp.314); (6) per il disturbo borderline, istrionico e narcisistico si riscontrano anche maggiori probabilità di avere problemi con la giustizia (il disturbo antisociale non viene preso in considerazione in questo studio). In particolare, ci sembra importante notare come la prevalenza riscontrata dagli Bernstein e colleghi (1993, 1996) sia in linea con i dati epidemiologici sui disturbi di personalità negli adulti che riportano valori attorno al 13% per la popolazione generale (Weissman, 1993; Lenzenweger, Clarkin, 2005). In conclusione, osservando la letteratura sui disturbi di personalità in adolescenza, possiamo apprezzare il commento di Westen e Chang (2000) che osservano come l'approccio DSM scoraggi la diagnosi di disturbo di personalità in adolescenza a causa della "relativa mancanza di dati [...] e non su ricerche che suggeriscono che la patologia di personalità in adolescenza non esiste o non può essere diagnosticata" (Westen, Chang, 2000; pp.147). Lo stato dell'arte nella ricerca sui disturbi di personalità in adolescenza indica, infatti, la presenza di pochi ma significativi studi empirici (Westen, Chang, 2000). Nello studio di Ludolph et al. (1990) vengono distinti due gruppi di adolescenti (N=27 per il gruppo clinico e N=23 per il gruppo di controllo) sulla base della diagnosi di disturbo borderline formulata attraverso criteri e strumenti utilizzati per gli adulti. I due gruppi di adolescenti sono stati esaminati al fine di individuare retrospettivamente alcune differenze legate allo stile di attaccamento, alla qualità delle cure familiari ricevute, alla

presenza di abusi. I risultati della ricerca individuano come le esperienze traumatiche degli adolescenti con diagnosi di disturbo di personalità in termini di traumi fisici e sessuali, rotture dei legami di attaccamento, separazioni o conflittualità familiari sono simili a quelle riportate nella letteratura per i disturbi di personalità negli adulti (Ludolph, et al., 1990).

1.3 Disturbi di personalità in adolescenza: stabilità e continuità clinico-evolutiva

Considerando che per il DSM IV TR la stabilità del tratto di personalità è un criterio centrale per porre la diagnosi di disturbo in età adulta e in adolescenza, stupisce che ci siano pochi studi empirici che in letteratura indaghino questa dimensione. Lenzenweger e Clarkin (2005) sostengono che “forse con la sola eccezione del disturbo di personalità antisociale, si conosce molto poco dell’andamento, dello sviluppo o della storia naturale a lungo termine dei disturbi di personalità” (Lenzenweger, Clarkin, 2005, pp.19). In questo senso, secondo gli autori, andrebbero messe a punto delle metodologie specifiche per valutare la stabilità e l’andamento longitudinale dei disturbi di personalità dato che il semplice disegno test-retest non dà sufficienti garanzie a causa della nota minaccia costituita dall’effetto della regressione dei punteggi verso la media. In particolare, viene suggerito l’utilizzo di disegni di ricerca *multinwave* caratterizzati dall’uso di più strumenti per misurare ciascun costrutto, con più di tre rilevazioni condotte con un ampio intervallo di tempo l’una dall’altra. Inoltre è possibile valutare la stabilità dei disturbi di personalità utilizzando quattro diversi punti di vista: (1) *invarianza strutturale*, metodo che valuta, attraverso l’analisi fattoriale confermativa, se la struttura fattoriale rimane stabile nel tempo; (2) *stabilità di posizione ordinale* o “stabilità normativa”, che valuta se gli individui di un gruppo (distribuito secondo una scala ordinale) mantengono la loro posizione all’interno della distribuzione; (3) *stabilità di livello*, che valuta l’invarianza della media del gruppo nel corso del tempo; (4) *stabilità ipsativa* o stabilità intraindividuale, che valuta se le caratteristiche di personalità del singolo individuo mantengono gli stessi valori nel corso del tempo (Lenzenweger, Clarkin, 2005). In questa direzione sono interessanti alcuni importanti studi empirici che nel complesso portano prove *contro* la stabilità dei disturbi di personalità negli adulti, richiamando l’attenzione sull’urgenza

di condurre degli studi longitudinali che mostrino l'evoluzione naturale di ciascuna configurazione di personalità e che permettano la descrizione dei processi evolutivi che ne sono alla base (Lenzenweger, 1999; Gunderson et al., 2000; Johnson et al., 2000). Lo studio più importante in questo ambito è il *Longitudinal Study of Personality Disorder* (Lenzenweger, 1999) che mostra come a dieci anni di distanza i disturbi di personalità rilevati in un ampio campione statunitense siano stabili solo a livello normativo, ovvero i soggetti mantengono all'interno del campione una stabilità di posizione ordinale nonostante le caratteristiche individuali si siano nel complesso modificate.

Per quanto concerne il disturbo di personalità in adolescenza, la stabilità va intesa come continuità clinico-evolutiva ancora tutta da indagare. Come notano Ammaniti e Muscetta (2001), ad esempio, non è chiaro dalla letteratura empirica quale sia la continuità clinica tra un adolescente borderline e un adulto borderline. In questo senso, i pochi dati empirici disponibili sono piuttosto controversi: il 33 % dei soggetti con diagnosi in asse II la mantiene ad un *follow-up* di 2 anni, ma ciò implica che il 66 % dei soggetti non rientra più nella categoria diagnostica assegnata (Bernstein et al., 1993; Bernstein et al., 1996). Questi dati sono stati confermati da una ricerca indipendente dove il solo il 33 % degli adolescenti diagnosticati come borderline a 17 anni manteneva la diagnosi a 2 anni di distanza (Garnet et al., 1994). In questa indagine, 21 adolescenti ospedalizzati per un disturbo borderline di personalità grave sono stati valutati durante il ricovero e ad un *follow up* di 2 anni: solo 7 adolescenti (il 33 % del campione) risultano ancora diagnosticabili come borderline secondo i criteri fenomenologici iniziali. In uno studio basato su un disegno di ricerca "a coorti", Grilo *et al.* (1998) hanno riscontrato una prevalenza molto simile di disturbi di personalità in un campione clinico di adolescenti (N=138; età media 15.5) e giovani adulti (N=117; età media 23.6), eccetto per il disturbo passivo-aggressivo e dipendente. Secondo gli Autori i dati ottenuti porterebbero una prova indiretta a sostegno della somiglianza fenomenologica, e quindi della stabilità, tra i disturbi di personalità in adolescenza e quelli osservabili in età adulta. In un lavoro sulla popolazione olandese, Verhulst e Ferdinand (1995b) hanno effettuato due somministrazioni, rivolte ad un campione di 528 giovani adulti dai 18 ai 22 anni estratti dalla popolazione generale, utilizzando lo *Young Adult Self Report* (YASF, Achenbach, 1997) a 2 anni di distanza. I risultati ottenuti dagli autori mostrano come,

nella popolazione generale, i coefficienti di stabilità si attestino a .63 per i maschi e a .75 per le femmine mentre il 49% dei soggetti definiti secondo lo YASF come “devianti” rimangono tali a distanza di 2 anni. Sebbene questa ricerca utilizzi uno strumento (lo *Young Adult Self Report*) che non è stato progettato specificamente per la diagnosi di disturbo di personalità, i dati ottenuti attraverso gli strumenti di Achenbach sono comunque importanti visto che, come afferma Paulina Kernberg, “molti item corrispondono a caratteristiche di tratti di personalità e possono allora applicarsi alle diagnosi sull’asse II” (P.Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000; pp. 96).

Come affermano Ammaniti e Muscetta, l’uso del piano sintomatologico per indagare la stabilità può essere inadeguato (2001, pp. 40-41): “durante lo sviluppo il piano dei sintomi e dei comportamenti osservabili è ancora più problematico, dal momento che questi non hanno carattere definito e stabile [...] Tendono infatti a modificarsi in base all’influenza delle trasformazioni cognitive, affettive e dell’organizzazione del Sé [...] Se, come abbiamo visto, la stabilità del piano sintomatologico è piuttosto problematica durante l’età adolescenziale, più stabile è il piano che considera gli spettri psicopatologici [...] La comune base patogenetica, ritenuta alla base dello spettro psicopatologico, non può non considerare l’organizzazione della personalità, in cui convergono aspetti temperamentali e relazionali”. Nello studio della stabilità dei disturbi di personalità in adolescenza è quindi utile introdurre il concetto di *spettro psicopatologico* (Klerman, 1990) che “sottolinea piuttosto la continuità e la mancanza di confini fra un quadro clinico ed un altro, per cui si verifica un’associazione di sindromi e sintomi diversi che hanno una comune base patogenetica” (Ammaniti, Muscetta, 2001; pp.36). Il concetto di *spettro psicopatologico* renderebbe possibile spiegare quelle costellazioni di sintomi, comportamenti osservabili, vissuti emozionali e modi di percepire sé stessi e gli altri che mantengono, al di là della loro complessa interpretazione, una continuità tra adolescenza ed età adulta come mostrano gli studi che utilizzano strumenti *self report* nella valutazione delle problematiche adolescenziali (vedi ad esempio Ferdinand, Verhulst, 1995a). In quest’ottica è possibile interpretare la ricerca condotta da un gruppo di studiosi olandesi che hanno somministrato lo *Youth Self Report* di Achenbach ad un ampio campione di adolescenti dai 13 ai 14 anni (N = 650) ottenendo i seguenti risultati (Reitz, Deković, Meijer, 2005): (1) operando due somministrazioni a distanza di un anno, la struttura fattoriale, analizzata attraverso l’analisi fattoriale confermativa, rimane stabile; (2) i fattori saturati possono

essere interpretati come una dimensione internalizzante e una esternalizzante; (3) maggiori le difficoltà comportamentali degli adolescenti, tanto più probabile una presenza di comorbidità; (4) la stabilità fattoriale, comunque rilevata a tutti i livelli, è tanto maggiore quanto minori sono le difficoltà riportate dagli adolescenti. Questa ricerca, così come altre indagini presenti in letteratura, mette in luce l'utilità di modelli dimensionali, come lo *spettro psicopatologico*, più ricchi di sfumature cliniche rispetto a quelli tassonomico-categoriali (Lenzenweger, Clarkin, 2005). Come affermano Lenzenweger e Clarkin (2005, pp.13) “La discussione “dimensionale *vs* categoriale”, relativamente ai disturbi di personalità, continua ancora oggi. Le ragioni per tali preferenze non sono sempre facilmente individuabili, anche se la psichiatria ha per molto tempo preferito un approccio tipologico alla psicopatologia (coerente con la medicina tradizionale), e questo approccio risulta quindi familiare, facilita la comunicazione ed è coerente con il prendere delle decisioni cliniche [...] La ricerca sulla personalità normale ha sempre preferito una visione dimensionale o una lettura in *continuum* della personalità [...] È interessante notare come, a mano a mano che un approccio “dimensionale” alla patologia della personalità è entrato negli interessi della psichiatria (APA, 1994), la ricerca psicologica abbia visto un risorgere di interesse per l'individuazione di discontinuità, “tipi” o “taxa” in molti ambiti psicologici e psicopatologici”. Le ricerche presenti in letteratura e le riflessioni proposte dagli studiosi ci invitano quindi ad una particolare cautela nell'applicazione all'adolescenza di categorie diagnostiche elaborate sugli adulti e nella valutazione della stabilità e della continuità clinica dei fenomeni rilevati. Un particolare rilievo deve essere dato, nello studio dei disturbi di personalità in adolescenza, sia all'individuazione di criteri fenomenologici età-specifici sia alla costruzione di modelli teorici che permettano la comprensione delle dimensioni latenti che hanno dimostrato di essere più stabili dei raggruppamenti fenomenologici discreti (P. Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000). Hauser e collaboratori hanno studiato due campioni di adolescenti uno normale e uno con disturbi gravi di personalità (Hauser et al., 1991). Gli autori hanno individuato 6 possibili percorsi di sviluppo dell'Io, i primi due tendenti alla staticità (Hauser et al., 1991): (1) un percorso caratterizzato da “arresti profondi dello sviluppo” composto da adolescenti che mostrano l'uso prevalente di meccanismi di scissione, mancanza di insight e inadeguato sviluppo del senso morale; (2) un percorso caratterizzato da un “conformismo stabile” composto

da adolescenti adeguati alle leggi e alle tendenze del gruppo di appartenenza ma privi di identità definita; (3) adolescenti in “progressione precoce” che trasformano la loro visione del mondo concreta e la loro intolleranza alla frustrazione in un inserimento nei binari delle aspettative e delle norme sociali; (4) adolescenti in “progressione avanzata” che passando dal conformismo all’autentica appartenenza alla vita sociale e collettiva; (5) adolescenti in “progressione drammatica” che si affacciano all’adolescenza manifestando impulsività e uso di meccanismi di difesa primitivi ma che progressivamente evolvono verso una migliore integrazione dell’identità; (6) adolescenti in “sviluppo accelerato”: precocemente maturi e capaci di tollerare la complessità delle relazioni interpersonali. In una ricerca longitudinale condotta da Marijke Hofstra, Jan Van der Ende e Frank Verhulst si è indagata l’evoluzione delle problematiche adolescenziali nella vita adulta (Hofstra, Van der Ende, Verhulst, 2002a; 2002b). Gli autori hanno selezionato un campione di 705 soggetti dalla popolazione generale di età compresa tra gli 11 e i 18 anni all’inizio dello studio che, al termine della ricerca, avevano raggiunto un’età compresa tra i 21 e i 28 anni. In questi 10 anni il campione è stato valutato 4 volte utilizzando lo *Youth Self Report* (YSR, Achenbach, 1991) e lo *Young Adult Self Report* (YASF, Achenbach, 1997) e un’intervista strutturata somministrata nell’ultima fase dello studio volta a rilevare le problematiche cliniche del campione secondo i criteri del DSM IV. Sulla base dei punteggi ottenuti ai *self report* gli autori hanno classificato i soggetti in 4 categorie: (1) *persistenti*, categoria che include gli adolescenti che mantengono sempre alti livelli di patologia nel corso del tempo; (2) *crescenti*, categoria che include i soggetti che aumentano il loro livello psicopatologico nel corso dello studio; (3) *decescenti*, categoria che include i soggetti che diminuiscono il loro livello psicopatologico; (4) *normali*, categoria in cui vengono compresi i soggetti che ottengono, nel corso delle somministrazioni, punteggi sempre inferiori al 50° percentile. I risultati ottenuti sono decisamente interessanti per quanto concerne la stabilità e la continuità clinico-evolutiva: (1) i soggetti “persistenti” hanno una prevalenza di disturbi in età adulta, valutata con il DSM IV, *maggiore* degli adolescenti “crescenti”; (2) i soggetti “normali” ottengono risultati simili, nell’ultima valutazione, agli adolescenti “decescenti”, che probabilmente hanno attraversato nell’adolescenza un periodo di forte *turmoil*. Questi dati mostrano come il problema della stabilità e della continuità clinico-evolutiva necessiti di un modello esplicativo che spieghi le differenze dimensionali e i processi

evolutivi che in un caso determinano la “remissione” mentre nell’altro la permanenza o l’aumento della sofferenza psichica.

1.4 Disturbi di personalità in adolescenza: principali orientamenti teorici

In questo paragrafo passeremo in rassegna i principali orientamenti teorici sui disturbi di personalità in adolescenza. Riteniamo che la posizione ateorica propria del DSM, sebbene comprensibile, non consenta una comprensione ricca ed elaborata dell’eziologia, delle manifestazioni cliniche e degli approcci terapeutici più funzionali (Clarkin, Lenzenweger, 2005; Roth, Fonagy, 1996). Queste dimensioni, infatti, necessitano di essere inquadrare all’interno di un sistema teorico deduttivo. I modelli presentati di seguito possono essere inquadrati in modo generale in: (1) *un orientamento psicoanalitico*, dove spiccano i contributi alla classificazione e alla terapia dei disturbi di personalità elaborati da Otto Kernberg e Paulina Kernberg (Kernberg, 1984, 2001; P. Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000; Kernberg, Caligor, 2005) e alla comprensione del rapporto complesso tra sviluppo adolescenziale e psicopatologia grave della personalità elaborati da Moses Laufer e Egle Laufer (Laufer M., Laufer E., 1984; Laufer M., 1998, 1999); (2) *un orientamento legato alla teoria dell’attaccamento*, che sebbene mantenga dei legami di filiazione e di fecondo dialogo con l’orientamento psicoanalitico, nel corso degli anni si è distinto per una sua specificità nella messa a punto di indagini sulla relazione tra stili di attaccamento, funzione riflessiva e disturbi di personalità (Fonagy, Target, 2001; Ammaniti, Stern, 1992; Clarkin, Lenzenweger, 2005); (3) *un orientamento integrato*, portato avanti da autori che si pongono in una prospettiva evolutiva e biopsicosociale come Theodore Millon che, per il suo legame con la ricerca condotta, verrà presentato nell’ultimo capitolo.

1.4.1 La centralità delle relazioni oggettuali interiorizzate: il modello di organizzazione della personalità di Otto e Paulina Kernberg

Il modello teorico elaborato da Otto Kernberg e collaboratori mette al centro dell’indagine e della terapia dei disturbi di personalità le relazioni oggettuali interiorizzate del paziente (Kernberg, 1984; Kernberg, 2001; P. Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000; Kernberg, Caligor, 2005). Nella teoria psicoanalitica, le relazioni

oggettuali sono definite come “un particolare stato affettivo associato all’immagine di una specifica interazione tra il sé e un’altra persona (per esempio, paura, associata all’immagine di un sé piccolo e terrorizzato interagente con una figura autorevole, minacciosa e potente). Dai primi giorni di vita le relazioni oggettuali interne derivano dall’integrazione tra le disposizioni affettive innate e le interazioni con le figure primarie di accudimento. Quando si sperimenta ripetutamente un affetto nel contesto di un particolare tipo di interazione, le memorie affettive si organizzano per formare rappresentazioni durature emotivamente cariche o strutture di memoria che denominiamo relazioni oggettuali interne. Le relazioni oggettuali interne si intrecciano in modo complesso alle loro origini evolutive e riflettono le interazioni reali e fantastiche con gli altri, così come le difese associate a entrambe le circostanze” (Kernberg, Caligor, 2005, pp. 115). Le relazioni oggettuali interiorizzate stabili e integrate sono alla base di un senso di identità coeso e maturo. La personalità normale si caratterizza, infatti, per un senso di sé e degli altri integrato e stabile, per la capacità di provare un ampio spettro di affetti, per la presenza di valori morali integrati e realistici e per una gestione appropriata degli impulsi (Kernberg, 1984; Kernberg, Caligor, 2005). La progressiva integrazione delle relazioni oggettuali dà luogo alla formazione di strutture psichiche, ovvero una complessa organizzazione di funzioni, che si mantengono costanti nel tempo (Kernberg, Caligor, 2005). Dall’indagine delle strutture psichiche “profonde”, e quindi non direttamente osservabili, attraverso il *colloquio diagnostico strutturale* (vedi capitolo 2), è possibile effettuare una diagnosi dell’organizzazione di personalità che tenga conto non solo dei sintomi manifesti ma anche dei processi psichici inconsci (Kernberg, 1984). A questo proposito, Kernberg avanza delle critiche agli approcci contemporanei allo studio dei disturbi di personalità che si basano solo sui comportamenti osservabili (Kernberg, Caligor, 2005). Secondo l’autore, sia l’approccio dimensionale sia l’approccio categoriale, ancorano “troppo strettamente i criteri diagnostici e, di conseguenza, le ricerche empiriche al comportamento osservabile. Il problema è che alcuni comportamenti possono svolgere funzioni anche molto diverse, a seconda della struttura di personalità che vi soggiace. Ciò che, per esempio, è visto come timidezza sociale, fobia sociale o inibizione – e può quindi deporre per una diagnosi di personalità schizoide o evitante – potrebbe in realtà riflettere la cautela di un individuo paranoico a livello profondo, o una paura di esporsi di stampo

narcisistico e grandioso, o una formazione reattiva rispetto alle tendenze esibizionistiche di un isterico” (Kernberg, Caligor, 2005; pp.119). A partire dall’insoddisfazione verso l’approccio fenomenologico, utilizzando la comune matrice psicoanalitica, Otto e Paulina Kernberg costruiscono un sistema di classificazione e di trattamento dei disturbi di personalità nell’infanzia, nell’adolescenza e nell’età adulta basato sul concetto di organizzazione della personalità. Secondo i Kernberg la struttura di personalità si distingue in tre principali organizzazioni di personalità: nevrotica, borderline e psicotica (Kernberg, 1984; P. Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000; Kernberg, Caligor, 2005). Il costrutto di organizzazione di personalità racchiude, sulla base di comuni caratteristiche dinamiche, una intera costellazione di disturbi che nei sistemi internazionali di classificazione, come il DSM o l’ICD, vengono tenuti distinti. La classificazione dei Kernberg si articola sulla base di due dimensioni: (1) la gravità del disturbo, in cui viene indicato il livello di compromissione cognitiva, affettiva e interpersonale del soggetto; (2) l’orientamento del disturbo, rivolto all’esteriorizzazione o all’interiorizzazione della sofferenza psichica (polarità introversione-estroversione). La diagnosi di quale tipo di organizzazione di personalità sia prevalente nel paziente è effettuata dal clinico sulla base di tre criteri fondamentali: (1) diffusione dell’identità; (2) meccanismi di difesa utilizzati; (3) esame di realtà. La diffusione dell’identità si manifesta nel soggetto in un cronico sentimento di vuoto, rappresentazioni contraddittorie del Sé e percezioni impoverite degli altri significativi (Kernberg, 1984). In questa dimensione della mente, le immagini del Sé buone vengono tenute separate da quelle cattive così come accade alle rappresentazioni oggettuali. La separazione tra aspetti del Sé e dell’oggetto in rappresentazioni contraddittorie parziali avviene sulla base dei meccanismi di difesa primitivi, allo scopo di evitare che l’aggressività primitiva, di origine temperamentale e frutto delle carenze ambientali, possa distruggere, in un modo sentito come irreversibile, le parti amate del Sé e dell’oggetto (Klein, 1946; Kernberg, 1984). I meccanismi di difesa possono essere distinti in nevrotici o di alto livello se basati prevalentemente sulla rimozione, sulla formazione reattiva, sullo spostamento, sull’isolamento affettivo ecc... (A. Freud, 1936) oppure in primitivi se, come nel caso dell’organizzazione borderline o psicotica, sono incentrati sulla scissione e su meccanismi affini come la proiezione, l’idealizzazione, la svalutazione, il diniego e l’identificazione proiettiva (Kernberg,

1984). Lo scopo dei meccanismi primitivi è quello di evitare l'insopportabile angoscia legata all'aver distrutto e danneggiato l'oggetto buono interiorizzato (Klein, 1946). L'esame di realtà, invece, è legato alle funzioni della mente che permettono al soggetto di rimanere in contatto con la realtà esterna, di distinguere gli stimoli intrapsichici dalle percezioni esterne e il Sé dal non-Sé, e da una normale empatia con gli ordinari criteri sociali della realtà. Secondo questi criteri, l'*organizzazione di personalità nevrotica* si distingue per l'integrazione dell'identità, per la predominanza di meccanismi di difesa basati sulla rimozione e per la presenza di un solido esame di realtà. A questo livello di organizzazione, il soggetto è in grado di stabilire relazioni d'amore durature e complesse, di tollerare entro certi limiti l'angoscia, di controllare i suoi impulsi e dimostra di aver acquisito un sistema di valori appropriato. Si distingue dalla personalità normale per la particolare rigidità dei tratti caratteriali, per la predominanza di relazioni oggettuali interne sessuali e aggressive escluse dalla coscienza perché ritenute minacciose per il nucleo stabile del Sé (Kernberg, 1984; Kernberg, Caligor, 2005). L'organizzazione di personalità nevrotica include i disturbi di personalità ossessivo-compulsivo, depressivo-masochista e isterico. Notiamo come i Kernberg includano in questa categoria strutturale disturbi che nel DSM non vengono menzionati, come il disturbo isterico e il disturbo depressivo-masochistico (incluso nel DSM IV TR con la nomenclatura di disturbo depressivo tra i disturbi di personalità NAS) ed escludano il disturbo evitante in quanto, sulla base della loro esperienza clinica, la condotta di evitamento risulta spiegata da una sottostante patologia della personalità. Particolare attenzione deve essere data alla diagnosi differenziale tra organizzazione nevrotica di personalità e *organizzazione di personalità borderline* che si caratterizza per la presenza di un esame di realtà conservato ma parzialmente ridotto in situazioni emotivamente intense, per l'uso di meccanismi di difesa primitivi, per la presenza di una diffusione dell'identità, per una scarsa capacità di tollerare l'angoscia e controllare gli impulsi, nonché per un deterioramento del Super-Io tanto grave quanto più grave è la psicopatologia del paziente. L'organizzazione di personalità borderline si divide, sulla base della gravità, in organizzazione borderline "bassa" e organizzazione borderline "alta". Quest'ultima mostra tutte le caratteristiche distintive di questo livello di funzionamento mentale ma ha un miglior adattamento sociale, raggiunge una maggiore intimità nelle relazioni interpersonali, scarso comportamento aggressivo manifesto, e miglior adattamento al

lavoro (Kernberg, 1984; Kernberg, Caligor, 2005). Al contrario, l'organizzazione borderline "bassa" include tutti i disturbi gravi di personalità e si caratterizza per i comportamenti violenti eterodiretti e autolesivi, per uno scarso adattamento sociale, per un'affettività limitata e coartata con predominanza di affetti negativi, per relazioni oggettuali scisse e confuse e per una sessualità promiscua con la presenza di condotte parafiliche (Kernberg, 1984; Kernberg, Caligor, 2005). I disturbi del DSM che rientrano in questa categoria diagnostica sono: il disturbo di personalità dipendente, istrionico, narcisistico e sadomasochistico (quest'ultimo incluso nel DSM fino alla terza edizione) per l'organizzazione borderline di personalità "alta", mentre il disturbo paranoide, ipocondriaco, schizotipico, schizoide, ipomaniacale, antisociale, borderline e narcisismo maligno fanno parte dell'organizzazione borderline di personalità "bassa". All'interno di questo livello di funzionamento della mente, i disturbi schizoide e borderline rappresentano "le espressioni più pure delle caratteristiche generali dell'organizzazione di personalità borderline" (Kernberg, Caligor, 2005; pp. 138). Il disturbo schizoide, infatti, si caratterizza per la profonda scissione tra rappresentazioni del sé in buone o cattive, per la scissione delle rappresentazioni oggettuali, per un ritiro dalle relazioni interpersonali con una conseguente ipertrofia della vita fantastica. Il disturbo schizoide mostra una contiguità clinica con il più grave disturbo schizotipico che risulta aggravato dalla presenza di comportamenti bizzarri e da un lieve disturbo del pensiero. Le caratteristiche strutturali del disturbo schizoide possono essere ritrovate nel disturbo borderline che, però, a causa della presenza di una forte impulsività, di una esteriorizzazione delle difficoltà interpersonali, di una vita affettiva intensa e difficilmente contenibile, si manifesta all'osservazione del clinico con comportamenti manifesti decisamente differenti (Kernberg, Caligor, 2005). L'organizzazione di personalità borderline si trova al limite con le psicosi atipiche, che nel modello dei Kernberg rientrano nell'*organizzazione di personalità psicotica* caratterizzata dalla perdita dell'esame di realtà (segnalata, ad esempio, dalla presenza di allucinazioni e deliri o da un'incapacità di entrare in empatia con l'intervistatore), relazioni oggettuali scisse e frammentate, processi cognitivi e affettivi condizionati dall'uso di meccanismi di difesa primitivi (Kernberg, 1984; Kernberg, Caligor, 2005). Questi diversi livelli di organizzazione di personalità e di sofferenza psicopatologica si ritrovano anche nell'adolescenza, dove il compito principale del clinico è quello di differenziare tra

gradi variabili del *turmoil* che fa parte di una nevrosi o di una reazione di adattamento in adolescenza dall'esordio di una patologia del carattere più grave (Kernberg, 2001; P. Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000). Come nota Kernberg (1984, pp.158-159) “per definizione, i pazienti al limite nell'adolescenza non hanno assolto i normali compiti evolutivi di questa età, in particolare non sono riusciti, *a*) a consolidare un senso dell'identità dell'Io; *b*) a riconfermare una normale identità sessuale, di natura prevalentemente eterosessuale, con la subordinazione delle tendenze parziali polimorfe a quelle genitali e l'integrazione iniziale di tendenze tenere ed erotiche in una relazione oggettuale relativamente stabile, che si riflette nella capacità di innamoramento; *c*) ad allentare i legami con i genitori, un processo collegato all'appropriata differenziazione dei ruoli sessuali e generazionali, all'espansione delle interazioni sociali con gli altri adulti e coetanei (e nella corrispondente individualizzazione e stabilità intrapsichica delle relazioni oggettuali); *d*) a sostituire le norme infantili del Super-Io con un sistema relativamente astratto e spersonalizzato, saldamente interiorizzato, ma flessibile, di moralità conscia e inconscia, che integra la tolleranza adulta degli aspetti sessuali con una ferma rimozione delle tendenze edipiche dirette [...] Gli adolescenti al limite, proprio perché soffrono di una mancata differenziazione delle rappresentazioni oggettuali interiorizzate, manifestano eccessivo coinvolgimento, violenta ribellione, eccessiva dipendenza e un caos generale nei rapporti interpersonali familiari relativamente non strutturati”. I Kernberg ritengono centrale, anche nella diagnosi di disturbo di personalità in adolescenza, l'uso dei criteri strutturali elaborati per gli adulti con alcune accortezze specifiche per questo livello evolutivo (P. Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000; Kernberg, 1984; Kernberg, 2001). Nella diagnosi differenziale tra organizzazione nevrotica e organizzazione borderline in adolescenza assume un ruolo fondamentale la distinzione tra integrazione e diffusione dell'identità. La diffusione dell'identità in adolescenza, però, rischia di poter essere confusa con una normale crisi d'identità adolescenziale (Erikson, 1956). In particolare, il clinico deve essere messo in guardia dal valutare in maniera erranea: (1) i rapidi cambiamenti identificatori che si alternano velocemente in adolescenza e che potrebbero far supporre una diffusione dell'identità; (2) i conflitti con i genitori e con le autorità scolastiche possono essere fisiologici; (3) il comportamento antisociale può essere conseguenza “normale” dell'appartenenza ad un gruppo di pari operata dall'adolescente per sperimentarsi

sulla base di una moratoria psicosociale (Erikson, 1956) piuttosto che un genuino atteggiamento di grave antisocialità; (4) le reazioni narcisistiche tipiche dell'adolescenza possono essere confuse, soprattutto in assenza di comportamenti antisociali, con la grandiosità del Sé propria del disturbo narcisistico; (5) il manifestarsi di condotte sessuali perverse può essere transitorio e non rispecchiare la condensazione di livelli genitali e pregenitali infiltrati di sadismo e masochismo propri dell'organizzazione borderline; (6) potrebbe essere difficile distinguere, in alcuni casi, l'esagerata preoccupazione e attenzione per il proprio corpo da un esordio di tendenze ipocondriache (Kernberg, 1984). Per evitare di commettere errori diagnostici, l'intervistatore indaga in maniera accurata la presenza di dispersione dell'identità facendo attenzione alle descrizioni del Sé e degli altri significativi che, in caso di crisi di identità, sono complesse e articolate mentre il transfert che si sviluppa è congruente alle relazioni oggettuali ipotizzate. Nel caso si è in presenza di diffusione dell'identità, invece, le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto risulteranno caotiche e contraddittorie senza che l'adolescente si senta disturbato dalla loro ambiguità (Kernberg, 2001). Nella diagnosi di organizzazione limite in adolescenza, una particolare attenzione deve essere data anche all'integrazione del Super-Io, da cui dipende, ad esempio, la capacità di idealizzazione e di innamoramento, che difficilmente risulterà tale in presenza di diffusione dell'identità. Un altro fattore determinante per la diagnosi di organizzazione borderline in adolescenza è la qualità delle relazioni oggettuali: "qui le questioni da valutare sono la capacità dell'adolescente di investire in valori al di là dei ristretti interessi personali e delle dirette gratificazioni narcisistiche: il suo interesse per il lavoro, l'arte, la cultura, l'impegno verso un'ideologia e la maturità dei suoi giudizi di valore connessi con questi investimenti [...] gli adolescenti con normale integrazione dell'identità hanno la capacità di investire in valori quali l'impegno verso gli amici, la lealtà, l'onestà, l'interesse verso lo sport, la musica, la politica, il successo del gruppo a cui appartengono o la storia del loro particolare gruppo sociale. In condizioni di diffusione dell'identità, c'è una notevole povertà di un tale investimento su sistemi di valori, anche quando manca un comportamento antisociale" (Kernberg, 2001; pp.24). Mentre la compromissione dell'esame di realtà resta determinante anche in adolescenza per distinguere le personalità psicotiche da quelle al limite o nevrotiche, l'uso di difese primitive nel corso dei primi colloqui deve avere un peso relativo nelle

valutazioni dell'osservatore (Kernberg, 2001). Anche la valutazione della patologia narcisistica in adolescenza richiede osservazioni complesse e sottili da parte del clinico: in particolare, il disturbo narcisistico appare all'intervistatore come ben integrato e la diagnosi differenziale con la personalità nevrotica è possibile solo rilevando la presenza di un Sé grandioso e una descrizione contraddittoria e povera degli altri significativi (Kernberg, 2001). In questa declinazione dell'organizzazione al limite, sono presenti peculiari sentimenti di noia, esibizionismo, superiorità e in comportamenti che evidenziano uno scollamento tra capacità limitate e ambizioni elevate. In genere, i Kernberg segnalano che il fallimento scolastico, legato all'incapacità del narcisista di impegnarsi in un compito a lungo termine tollerando il senso di inadeguatezza che deriva dal non possedere determinate abilità, può essere un buon indice di presenza di disturbo (P. Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000; Kernberg, 1984; Kernberg, 2001). Infine, gli autori avvertono il clinico dell'importanza di condurre un'adeguata valutazione dei tratti antisociali eventualmente presenti nell'adolescente al fine di distinguerli dalle condotte antisociali "normali" per questa età. La presenza di un disturbo antisociale di personalità in adolescenza è indicata da: (1) presenza di un nucleo del Sé grandioso; (2) aggressività manifesta o nel tipo passivo-parassitario comportamenti di sfruttamento, bugie, frodi ecc... (3) il comportamento antisociale è presente sin dalla prima infanzia (vedi Moffitt, 1993; Moffitt, 1996); (4) assenza di sensi di colpa, mancanza di empatia, presenza di un falso e apparente rimorso solo per i comportamenti antisociali che sono stati scoperti, mancanza di valori etici; questo ultimo tratto distingue la personalità antisociale vera e propria dal narcisismo maligno, dove il Sé grandioso è sì infiltrato di aggressività ma viene conservato un minimo senso di moralità, di rimorso, di preoccupazione per Sé stessi e una minima capacità di dipendenza dagli altri; (5) sfruttamento degli altri; (6) mancanza di preoccupazione per sé stessi e incapacità di progettualità; (7) incapacità di tollerare sentimenti penosi come lutto, angoscia, depressione ecc...; (8) eventuale presenza di sadismo sessuale (Kernberg, 2001; P. Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000).

1.4.2 Tra sviluppo normale e breakdown evolutivo: il modello di Moses ed Egle Laufer

Il modello psicoanalitico elaborato da due pionieri nell'ambito della psicoanalisi degli stati limite e psicotici nell'adolescenza, Moses e Egle Laufer, è fondamentale nel fornire una comprensione genetica e un'ottica terapeutica in quei casi di brusca interruzione della crescita adolescenziale dovuta all'esordio di una patologia grave. Per Moses e Egle Laufer (1984) l'adolescenza reca un contributo specifico alla strutturazione della personalità, tanto che le problematiche cliniche a questa età devono essere inquadrare in un'ottica diversa da quelle infantili o adulte. Secondo gli autori "la differenza nasce dal fatto che con l'adolescenza ha inizio la maturità sessuale fisica, un evento che incide sul corso dello sviluppo psichico e conferisce alla psicopatologia di questo periodo un significato dinamico diverso da quello della psicopatologia dell'infanzia e dell'età adulta" (Laufer, Laufer, 1984; pp. 13). In questo periodo si raggiunge l'organizzazione sessuale definitiva che integra nella rappresentazione del corpo i genitali fisicamente maturi. Questo compito centrale dell'adolescenza mette in moto una serie di trasformazioni, che in letteratura spesso sono state pensate tra loro indipendenti, come i cambiamenti nelle relazioni con i genitori e con i coetanei e la modificazione dell'atteggiamento verso il proprio corpo divenuto con la pubertà un corpo sessuato (Laufer, Laufer, 1984). In questo processo evolutivo di integrazione del corpo sessuato nell'immagine di Sé può verificarsi un *breakdown evolutivo* ovvero un rifiuto inconscio del corpo sessuale che dà luogo ad un sentimento di odio verso il Sé corporeo sessuato e ad una frattura, parziale, episodica o totale con la realtà (Laufer, Laufer, 1984). Il *breakdown* e la conseguente frattura con la realtà "può intendersi invece come un aspetto della reazione dell'adolescente all'irruzione di fantasie che contengono desideri sia sessuali che aggressivi nei confronti del proprio corpo, fantasie che sono contrarie all'immagine che l'individuo ha del proprio corpo idealizzato. L'immagine che l'adolescente ha di Sé prima della pubertà contiene magari la fantasia inconscia di avere un corpo diverso da quello che egli sa di avere in realtà; [...] Allora, per conservare la deformazione originaria del passato, l'adolescente deve ricorrere a quello che è per lui l'unico mezzo disponibile, cioè a una frattura della realtà. Nell'adolescente certi costrutti deliranti, le proiezioni paranoide, le aggressioni violente al corpo – come i tentativi di suicidio e le automutilazioni –, le allucinazioni possono inquadrarsi tutti in un siffatto *breakdown evolutivo*" (Laufer, Laufer, 1984; pp.18). La gravità delle manifestazioni patologiche viene determinata dal significato inconscio che l'adolescente conferisce alla

trasformazione del corpo sessuale, alla determinazione dell'orientamento maschile o femminile e dalla natura dell'organizzazione difensiva (Laufer, Laufer, 1984). Dal punto di vista della gravità della psicopatologia che consegue al *breakdown* è importante il momento evolutivo in cui il *breakdown* avviene: (1) nella pubertà gli esiti sono più drammatici e legati al terrore provato dall'adolescente verso il riattivarsi di desideri incestuosi e verso la perdita narcisistica di un corpo asessuato, pulito e perfetto; (2) nell'adolescenza inoltrata, la prognosi è maggiormente favorevole visto che c'è comunque stato un periodo in cui l'integrazione del corpo sessuato nell'immagine del Sé ha avuto esiti positivi (Laufer, Laufer, 1984). Il costrutto di *breakdown evolutivo* offre un importante contributo alla distinzione tra linee evolutive adolescenziali e linee regressive patologiche in un momento di vita in cui l'intervento psicoanalitico può essere fondamentale nel non far sedimentare il crollo dell'apparato psichico in una situazione di difficoltà cronica e definitiva (Laufer, Laufer, 1984). Come affermano gli autori “nello sviluppo normale, l'adolescente sa inconsciamente che, quanto alla sua vita sessuale, esistono ancora per lui varie possibilità di scelta, tra cui l'abbandono degli oggetti incestuosi per nuovi rapporti: un passo, questo, che consente anche la scelta di quelli che resteranno i soddisfacimenti dominanti per il resto della vita. L'adolescente che invece ha subito un *breakdown evolutivo* intuisce inconsciamente che per lui questo tipo di scelta non esiste più; egli sente, al contrario, che la scelta o il risultato finale non dipendono da lui, ovvero sono in pugno a qualcuno o a qualcosa che sta dentro il suo corpo” (Laufer, Laufer, 1984; pp. 43).

Nel percorso di comprensione e di terapia degli adolescenti con grave psicopatologia, il clinico deve intuire ed analizzare con il paziente la “fantasia masturbatoria centrale” ovvero quel complesso di fantasie inconscie che contengono i principali soddisfacimenti sessuali, le relazioni oggettuali e le principali identificazioni dell'adolescente (Laufer, Laufer, 1984); è la fantasia masturbatoria centrale, fenomeno universale e non patologico, che nell'adolescente ha prodotto l'arresto e il crollo dello sviluppo in quanto sentita incompatibile con l'immagine reale del corpo sessuato (Laufer, Laufer, 1984). Nell'analisi con gli adolescenti con gravi disturbi della personalità, l'analista si concentra sull'analisi della fantasia masturbatoria centrale così come si palesa nel transfert, nelle relazioni d'oggetto e nei sogni notturni e diurni. Il trattamento può essere condotto con la tecnica psicoanalitica classica con il ricorso ad alcuni parametri quali: (1) il divieto di alcuni comportamenti che portano a vivere

all'esterno la fantasia inconscia rendendola non analizzabile; (2) l'uso del ricovero per contenere le condotte violente eterodirette e autolesive; (3) il focalizzarsi sulle relazioni oggettuali e le angosce attuali piuttosto che sulla ricostruzione del passato; e (4) analizzare le motivazioni inconscie, le sofferenze e le paure connesse ai soddisfacimenti regressivi piuttosto che i percorsi evolutivi più maturi; (5) utilizzare lo psicodramma, il ricovero, gli psicofarmaci e la terapia familiare per favorire il processo psicoanalitico preservandolo dalle spinte distruttive dei meccanismi psicotici dell'adolescente (Laufer, Laufer, 1984; Laniso, 2002).

1.4.3 Attaccamento e disturbi di personalità in adolescenza

La teoria dell'attaccamento ha origine dall'opera di John Bowlby (1969, 1973, 1980) all'interno di un contesto culturale anglosassone profondamente intriso dalla scuola psicoanalitica inglese, dalle ricerche etologiche di Lorenz e di Harlow, dalla biologia evoluzionista di Darwin e dalle teorie cibernetiche sui sistemi di controllo di Craik (Meyer, Pilkonis, 2005; Ammaniti, Stern, 1992). La teoria dell'attaccamento postula l'esistenza di un sistema motivazionale innato, indipendente dalla sessualità e dal bisogno nutritivo, che promuove la vicinanza bambino-caregiver e l'accudimento con l'obiettivo di tutelare, proteggere e permettere la sopravvivenza del bambino. La prova dell'esistenza di un legame di attaccamento tra adulto e bambino viene dalla ricerca della vicinanza, dal fenomeno della base sicura e dalla protesta per la separazione (Weiss, 1991; Fonagy, 1997). La teoria dell'attaccamento si pone in una posizione autonoma rispetto al *mainstream* psicoanalitico, sottolineando il peso degli eventi reali di vita nello sviluppo del bambino rispetto all'accento posto sui processi interni, il costituirsi di schemi di rappresentazione delle interazioni sé-altro a partire dall'interiorizzazione della relazione reale tra il bambino e il caregiver, la stabilità degli stili di attaccamento così costituiti per l'intero ciclo di vita e la loro trasmissione intergenerazionale (Meyer, Pilkonis, 2005). Secondo Peter Fonagy (2001) la prospettiva psicoanalitica e la teoria dell'attaccamento non sono tra loro incompatibili ma condividono una serie di assunti comuni come: (1) la percezione della realtà materiale è distorta dall'azione di processi interni consci e inconsci; (2) lo sviluppo della personalità è influenzato in maniera determinante dalle prime esperienze relazionali tra il bambino e il caregiver; (3) il rispecchiamento materno e la sensibilità

del caregiver ai segnali del bambino sono centrali nella formazione del Sé; (4) la necessità di stabilire una relazione è un bisogno primario del bambino. Come afferma Fonagy (2001, pp. 26) “la teoria dell’attaccamento e quella psicoanalitica hanno radici comuni, ma si sono evolute in modi epistemologicamente diversi. La prima, molto più vicina alla psicologia empirica e alla sua eredità positivista, negli ultimi quindici anni è stata in qualche modo limitata da predilezioni metodologiche [...] Questo ha messo la teoria al riparo da un corpus di idee che i clinici di scuola psicoanalitica andavano sviluppando, in particolare nel contesto del lavoro con i sempre più numerosi pazienti affetti da disturbi gravi della personalità. Le idee psicoanalitiche hanno preso raramente in considerazione le rilevanti osservazioni che venivano dal campo dell’attaccamento e, di converso, il paradigma della teoria dell’attaccamento ha sentito di aver poco da beneficiare dalle scoperte cliniche degli analisti. Tuttavia entrambi i corpi di conoscenze hanno il medesimo fine, forse ancora lontano: una comprensione evolutiva della personalità e dei suoi disturbi”.

È all’opera di Mary Ainsworth (Ainsworth et al., 1978) che dobbiamo la costruzione di un dispositivo sperimentale, la *Strange Situation*¹, che ha permesso di individuare e descrivere tre *pattern* principali di attaccamento: sicuro, ambivalente e evitante. In breve, la presenza del caregiver, nell’ambito di una relazione di *attaccamento sicuro*, viene sentita dal bambino come una base sicura che permette di esplorare l’ambiente circostante per poi ritornare dal caregiver nei momenti di stanchezza o pericolo. Inoltre, la separazione dal caregiver spinge il bambino a mettere in atto comportamenti di protesta finalizzati ad impedire la separazione, vissuta con angoscia al momento del distacco. Il bambino con attaccamento sicuro vive il ritorno del genitore ricevendo conforto e tornando poco dopo a giocare sereno (Ainsworth et al., 1978; Fonagy, 1997). Nel modello di *attaccamento ambivalente*, il bambino reagisce alla separazione con intensa angoscia: difficilmente si tranquillizza al ritorno del caregiver cercando il contatto con rabbia e spesso respingendolo. Inoltre, il bambino con attaccamento ambivalente mostra una marcata inibizione del gioco esplorativo (Ainsworth et al., 1978; Fonagy, 1997; Meyer, Pilkonis, 2005). Nell’ambito di uno stile di *attaccamento evitante* il bambino è inibito nel gioco esplorativo e sembra non

¹ Con *Strange Situation* si indica una tecnica sperimentale di valutazione della qualità dell’interazione madre-bambino. Il modo in cui un bambino vive l’esperienza di separazione dalla madre e il contatto con un adulto estraneo nella *Strange Situation* fornisce importanti notizie circa il suo “modello di attaccamento” (Ainsworth et al., 1978).

manifestare disagio alla separazione, ignorando attivamente il caregiver al momento del suo ritorno (Ainsworth et al., 1978; Fonagy, 1997; Meyer, Pilkonis, 2005). A questi tre stili di attaccamento insicuro è stato successivamente aggiunto lo stile di *attaccamento disorganizzato*, proprio di quei bambini che alla *Strange Situation* mostrano comportamenti confusi come: cercare la vicinanza della figura di attaccamento durante la separazione ma evitarla durante la riunione, muoversi verso la figura di attaccamento con la testa girata verso un'altra direzione per evitarne lo sguardo, richiedere la vicinanza del caregiver e al contempo mostrare chiare manifestazioni di paura, di fuga, di *freezing* o una mimica facciale priva di espressività (Main, Morgan, 1996; Liotti, 1999). Nella comprensione dell'influenza dello stile di attaccamento sullo sviluppo della personalità è centrale il costrutto di modello operativo interno (MOI) introdotto da Bowlby con l'intento di indicare le rappresentazioni interne tra il Sé e l'Altro che organizzano i processi mentali e affettivi determinando, sulla base delle esperienze precedenti, il comportamento dell'individuo (Bowlby, 1973, 1980; Ammaniti, Stern, 1992). Il modello operativo interno permette al bambino di formare un'esperienza nucleare del "Sé-con-l'Altro" che lo aiuti a prevedere il comportamento dei caregiver e ad elaborare le strategie più funzionali per modularlo in caso di stress (Ammaniti, Stern, 1992). Il modello operativo interno è quindi un insieme di rappresentazioni accumulate nella memoria implicita che contengono i sedimenti delle interazioni reali e ricorrenti intraprese nel ciclo di vita. A seconda dello stile di attaccamento prevalente sarà diversa la qualità dell'esperienza immagazzinata nella memoria implicita del modello operativo interno (Bowlby, 1973, 1980; Liotti, 1999; Ammaniti, Stern, 1992). Attraverso un *pattern* di attaccamento sicuro, ad esempio, si costituisce un modello operativo interno unitario e coerente delle interazioni tra il Sé e i caregiver, ricco di emozioni positive scambiate nell'ambito di una relazione con un caregiver disponibile ed affidabile. Diverse sono le rappresentazioni interne che si costituiscono a partire da attaccamenti insicuri: nel *pattern* evitante, il modello operativo interno mantiene uno schema relazionale unitario e organizzato ma le emozioni rappresentate hanno una coloritura affettiva di collera difficilmente esprimibile per la figura di attaccamento. Anche il modello operativo interno del *pattern* ambivalente è dotato di una coerenza rappresentativa ma l'immagine del caregiver si connota come imprevedibile e inaffidabile mentre il Sé mette in atto delle strategie comportamentali finalizzate al controllo e dei

comportamenti difensivi volti a minimizzare l'angoscia suscitata dal comportamento del caregiver. Il modello operativo interno nello stile di attaccamento disorganizzato viene ipotizzato, invece, come privo di coerenza e integrazione (Liotti, 1999; Main, 1991). Il modello di attaccamento è frutto dello stile di accudimento e di rispecchiamento da parte del caregiver degli stati mentali del bambino (Fonagy et al., 1999): gli autori ritengono fondamentale nella modulazione emozionale del bambino il ruolo giocato dal caregiver nel "metabolizzare" gli stati affettivi dolorosi o spaventosi bonificandoli e restituendoli al bambino in una forma maggiormente gestibile (vedi anche Bion, 1962). Come affermano Fonagy e collaboratori (1999, pp.68) "idealmente, la madre "rifletterà" al bambino sia la propria comprensione della causa della sua angoscia, sia la propria percezione del suo stato affettivo [...] il genitore riflette la percezione dello stato emotivo del bambino, *unitamente* alla propria modalità adulta di padroneggiarlo. Andando oltre il rispecchiamento, la risposta materna implica la capacità di non essere sopraffatti dall'angoscia ma di gestirla [...] Crediamo che l'incapacità della madre di comprendere l'angoscia del bambino e di rifletterla in modo controllato forzi quest'ultimo ad adattarsi utilizzando quelli che Selma Fraiberg ha chiamato comportamenti difensivi". Una relazione di attaccamento sicura con il caregiver, quindi, facilita lo sviluppo della funzione riflessiva ovvero della capacità di vedere sé stessi e le altre persone in termini di stati mentali che rappresenta il nucleo del Sé (Fonagy, Target, 2001; Ammaniti, Dazzi, 1999). La relazione tra attaccamento sicuro e funzione riflessiva è di tipo circolare in quanto lo sviluppo della funzione riflessiva avviene attraverso numerosi scambi positivi tra bambino e genitore ma a sua volta ne determina la qualità della relazione interpersonale: "in questa prospettiva, l'attaccamento sicuro è il risultato di un contenimento riuscito" (Fonagy et al., 1999; pp. 69).

Nell'ambito della ricerca empirica sui legami di attaccamento in adolescenza possiamo definire diversi campi (Ammaniti et al., 1999): (1) uno spettro di ricerche sulla relazione tra lo stile di attaccamento sicuro verso i genitori e la capacità di regolazione affettiva efficace; (2) un'indagine sulla relazione tra stile d'attaccamento sicuro verso i genitori e un'alta autostima e capacità di coinvolgimento in rapporti romantici; (3) una serie di studi che indagano la relazione tra attaccamento sicuro e funzione riflessiva. L'importante transizione di questo periodo del ciclo di vita è determinata dalla costituzione di nuovi legami d'attaccamento tra l'adolescente e il

gruppo dei pari che trasformano i caregiver originali in figure di attaccamento di sfondo. La separazione dai genitori avviene in maniera graduale, con frequenti momenti di riattivazione del legame e periodi sempre più lunghi di distanza utili all'adolescente per mettere alla prova le proprie capacità e la propria autonomia (Ammaniti et al., 1999). L'adolescenza si configura come un periodo di profonda trasformazione dei legami di attaccamento che si caratterizzano anche per la presenza di funzioni cognitive e riflessive più complesse (Piaget, 1936; Ammaniti et al., 1999). Sia in adolescenza che in età adulta lo stile di attaccamento insicuro sembra essere correlato alla presenza di disturbi gravi della personalità. Secondo l'ipotesi avanzata da Liotti (1999) lo stile di attaccamento disorganizzato comporta sia una frammentazione della rappresentazione del Sé (inquadrata nel modello dei Kernberg come conseguenza dei meccanismi di scissione) sia una incoerenza nella rappresentazione degli altri significativi nonché un deficit metacognitivo che rende problematica la regolazione affettiva presente in diversi disturbi di personalità come, in particolare, nel disturbo borderline di personalità. Numerosi studi empirici mostrano, infatti, l'esistenza di una relazione tra i modelli di attaccamento insicuro, bassa capacità di regolazione affettiva, scarse competenze interpersonali e immagine frammentata del Sé, tutte dimensioni che giocano un ruolo fondamentale nella espressione fenotipica del disturbo borderline di personalità (Meyer, Pilkonis, 2005; Zimmerman, 1999). In uno studio pilota, Meyer e collaboratori (2001) hanno esaminato la relazione tra stile di attaccamento valutato attraverso l'*Experiences in Close Relationship* (ECR, Brennan et al., 1998) e la tipologia di disturbo di personalità diagnosticato attraverso la *Structured Clinical Interview for Axis II* (SCID-II, First et al., 1997). Gli interessanti risultati sono riportati nella figura seguente:

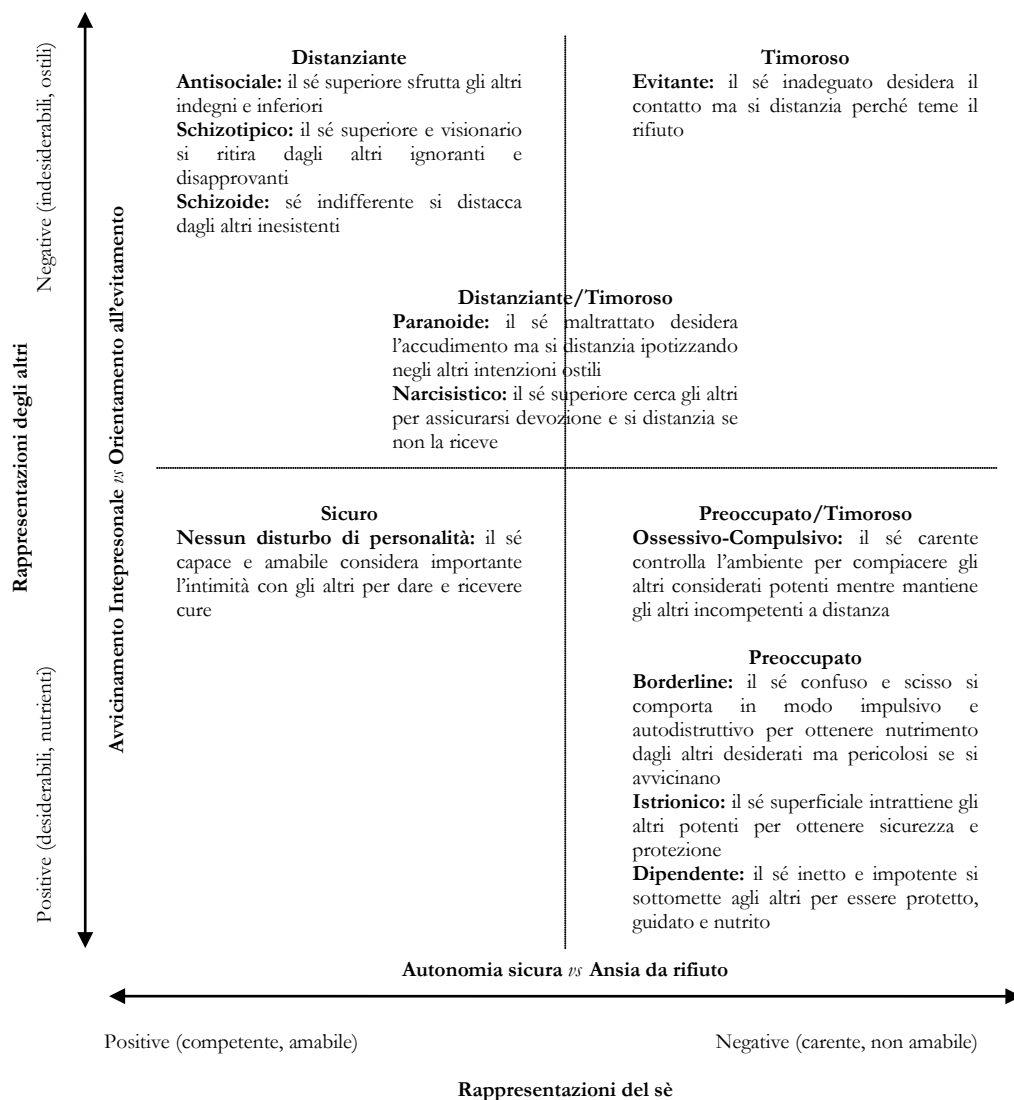


Figura 1: Un'ipotesi degli stili di attaccamento, rappresentati dagli schemi di interazione sé-altro impliciti e dalle strategie interpersonali, di ciascun disturbo di personalità tratto e adattato da Meyer e Pilkonis (2005)

Secondo gli autori, la personalità schizoide, schizotipica e antisociale si colloca nel quadrante caratterizzato da attaccamento distanziante mentre la personalità borderline, istrionica e dipendente nell'ambito dell'attaccamento preoccupato-ambivalente. A nessun individuo con attaccamento sicuro viene attribuito un disturbo di personalità mentre è interessante notare che due disturbi fenomenologicamente diversi, come il disturbo narcisistico e il disturbo paranoide, condividano lo stesso stile di attaccamento evitante-timoroso (Meyer et al., 2001). Alcuni studi sulla psicopatologia adolescenziale hanno cercato di dimostrare l'esistenza di una relazione significativa tra la tipologia di attaccamento infantile e la presenza di disturbi gravi della personalità (vedi Westen, Chang, 2000). Ad esempio,

la ricerca di Ludolph e collaboratori (1990) ha riscontrato una maggiore prevalenza di stili di attaccamento insicuro, lutti irrisolti e abusi sessuali, negli adolescenti ospedalizzati con diagnosi di disturbo borderline di personalità rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, Rosenstein e Horowitz (1996) hanno evidenziato in un campione di 60 adolescenti ospedalizzati come l'attaccamento del caregiver e dell'adolescente che si colloca sul tipo distanziante si associa in modo significativo alla presenza di un disturbo narcisistico, antisociale e paranoide, mentre l'attaccamento preoccupato si associa un disturbo di personalità borderline, istrionico, schizotipico o ossessivo-compulsivo nonché ad una maggiore prevalenza di disturbi affettivi (Rosenstein, Horowitz, 1996). Possiamo notare alcune differenze tra i risultati ottenuti dallo studio di Rosenstein e Horowitz sul campione clinico adolescenziale e quelli individuati dallo studio di Meyer e Pilkonis (2005) su una popolazione clinica adulta. In un lavoro del 1998 Joseph Allen e collaboratori (Allen et al., 1998) hanno selezionato un campione di 131 adolescenti a rischio a cui hanno somministrato l'*Adult Attachment Interview* e alcuni strumenti autosomministrati all'adolescente, al gruppo dei pari e al caregiver volti ad indagare il livello di funzionamento psicosociale. I risultati mostrano che gli adolescenti con una narrazione coerente e sicura delle loro esperienze di attaccamento hanno una maggiore competenza sociale con i pari e un basso comportamento antisociale. Gli adolescenti insicuri, invece, ottengono punteggi più alti nelle misure del comportamento antisociale e nelle condotte psicopatologiche tendenti all'internalizzazione della sofferenza psichica. In uno studio longitudinale durato 11 anni, Allen e collaboratori (Allen et al., 1996) hanno paragonato un campione di 66 adolescenti ospedalizzati per disturbi gravi di personalità all'età di 14 anni con 76 adolescenti di controllo. Gli autori hanno nuovamente somministrato l'AAI a entrambi i campioni all'età di 25 anni osservando che: (1) nel campione clinico si osserva la presenza solo di attaccamento insicuro mentre nel campione di controllo sono presenti stili sicuri e insicuri; (2) all'età di 25 anni l'attaccamento insicuro nel campione clinico correla positivamente con comportamenti antisociali e abuso di droghe pesanti; (3) nel campione clinico è prevalente la presenza di traumi irrisolti verso le figure di accudimento. Da questa ricerca, gli autori ipotizzano la funzione mediatrice svolta dallo stile di attaccamento nel condizionare gli esiti psicopatologici in età adulta. Anche De Vito (2002) sottolinea come uno stile di attaccamento insicuro sia un fattore predisponente allo

sviluppo di disturbi di personalità in adolescenza, vista come un periodo di vulnerabilità evolutiva. Secondo De Vito se l'adolescenza si innesta su una infanzia costellata da relazioni di attaccamento insicure, traumatiche o deprivanti è probabile il costituirsi di un disturbo di personalità che si stabilizza al termine dell'adolescenza (De Vito, 2002). Molto interessanti le ricerche condotte da Nakash-Eisikovits, Dutra e Westen sulla relazione tra disturbi di personalità in adolescenza, valutati attraverso una metodologia Q Sort alternativa denominata SWAP-200-A (vedi capitolo 2), e gli stili di attaccamento in un campione di 294 adolescenti (Nakash-Eisikovits, Dutra, Westen, 2002). I risultati sono in linea con le precedenti ricerche mostrando una correlazione negativa tra attaccamento sicuro e la presenza di un disturbo di personalità, e una correlazione positiva tra attaccamento sicuro e indici di funzionamento sano. Inoltre, lo stile di attaccamento disorganizzato correla positivamente con numerose forme di disturbo di personalità, mentre vengono fornite prove dell'esistenza di una relazione significativa tra attaccamento ambivalente e ritiro dalle relazioni sociali. Degno di nota è il dato sugli adolescenti con attaccamento evitante, che non ottengono nessuna correlazione statisticamente significativa con la presenza di disturbi di personalità (Nakash-Eisikovits et al., 2002).

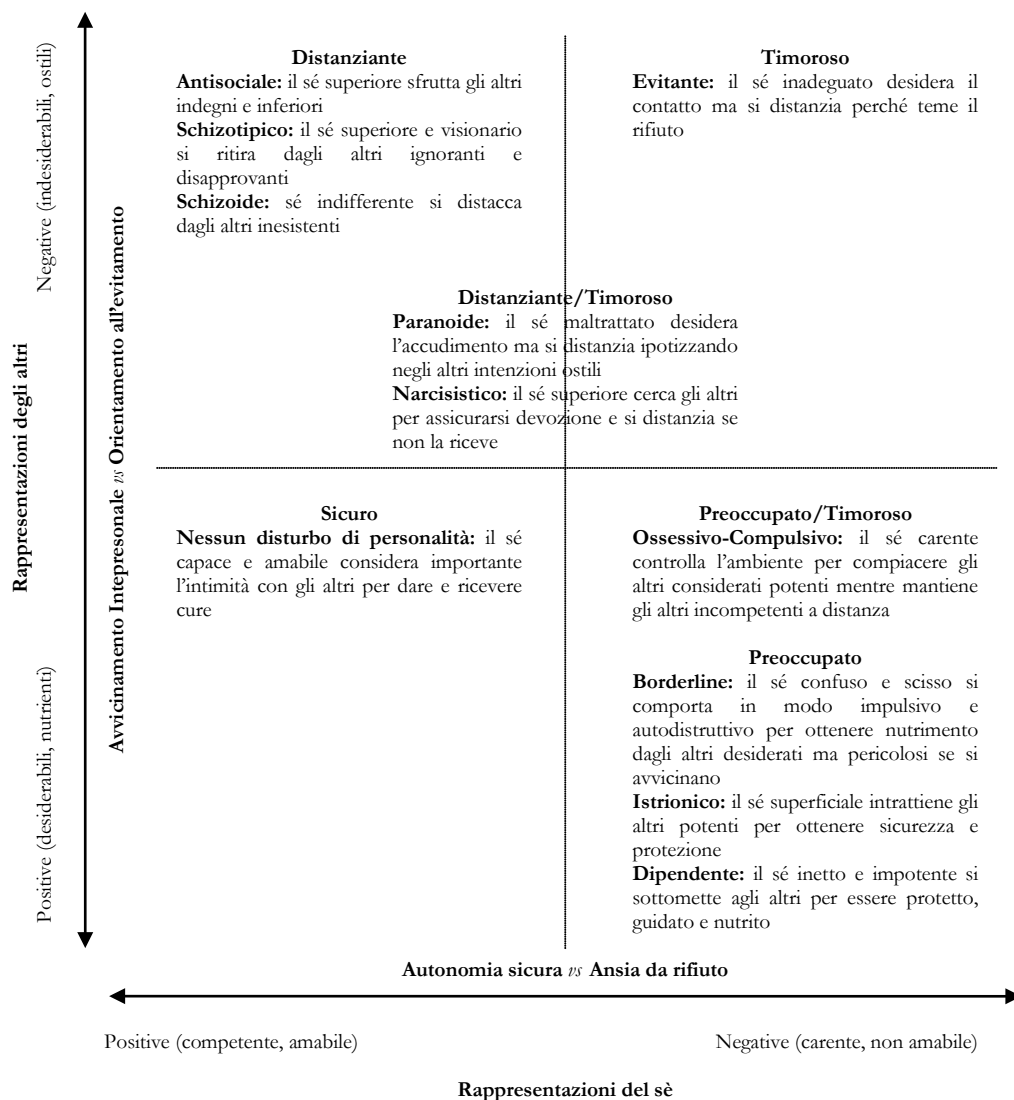


Figura 1: Un'ipotesi degli stili di attaccamento, rappresentati dagli schemi di interazione sé-altro impliciti e dalle strategie interpersonali, di ciascun disturbo di personalità tratto e adattato da Meyer e Pilkonis (2005)

CAPITOLO 2

“LA VALUTAZIONE DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ IN ADOLESCENZA”

2.1 Valutazione fenomenologica della personalità e pratica clinica

Nel 1980, l'*American Psychiatric Association*, seguendo un approccio categoriale, ha introdotto nel DSM un sistema multiassiale comprendente un asse II per la valutazione dei disturbi della personalità, sul quale si è sviluppata una smisurata mole di studi, critiche e proposte di riforma. Secondo Westen e Shedler (1999; 2000), l'asse II nella sua forma attuale non può assolvere il suo compito in maniera adeguata, in quanto implica una serie di problemi: (1) le categorie dell'asse II e i suoi criteri, oltre ad avere una elevata comorbidità, spesso sono in disaccordo con le scoperte empiriche ottenute attraverso l'analisi fattoriale e la *cluster analysis* (Blais e Norman, 1997; Livesley e Jackson, 1992); (2) nel tentativo di massimizzare la consistenza interna dei criteri e minimizzare la comorbidità tra *personality disorders* (PDs), i gruppi di lavoro sul DSM hanno finito per elaborare criteri che non risultano clinicamente significativi - data l'irrilevanza terapeutica e prognostica dell'attribuzione di una particolare categoria diagnostica a un determinato paziente (vedi Westen, 1998) - né basati su dati empirici; (3) fino al 60% dei pazienti visti nella pratica clinica per problemi che chiaramente rientrano nei disturbi di personalità non sono diagnosticabili sull'asse II.

In sintesi, la tassonomia del DSM non riflette le linee di pensiero dei clinici e non poggia su una base teorica ed empiricamente derivata (Shedler, 2002).

Il fatto che le categorie diagnostiche contemporanee non prevedano un'insieme di funzioni rilevanti per la valutazione della personalità comporta una scissione tra il momento diagnostico e quello della formulazione clinica, ulteriormente sostenuta dalla scelta di conferire la maggiore “neutralità teorica” possibile ai criteri del DSM-IV, per garantirne l'utilizzabilità da parte di clinici e studiosi aderenti a orientamenti teorici diversi. Questa scelta, in linea di principio condivisibile, si traduce spesso nell'allargamento dello iato tra diagnosi e formulazione clinica del caso, che

presuppone una teoria della personalità cui fare riferimento (Westen, 1998). Si viene così a creare quell'effetto che l'impostazione "ateorica" del DSM tentava di evitare, e cioè l'uso di linguaggi diversi o solo apparentemente simili nella pratica clinica e nella ricerca empirica - cosa che complica enormemente la comunicazione tra questi due mondi. Westen (1998) propone la *diagnosi funzionale* come mezzo di legame tra la categorizzazione fenomenologica e la formulazione clinica. Con il concetto di diagnosi funzionale si intende la valutazione di funzioni di personalità distinte ma interagenti come le motivazioni, le risorse psicologiche, l'esperienza di Sé e degli altri, la capacità di relazionarsi e infine la dimensione evolutiva di queste quattro funzioni (vedi anche McWilliams, 1999). La *diagnosi funzionale* ha il merito di fornire "una valutazione di come il soggetto tende a funzionare cognitivamente, affettivamente e nel comportamento, in alcune condizioni rilevanti per l'adattamento psicologico e sociale; ciò implica valutare sia la patologia sia la salute del soggetto, aiutandolo ad ottenere delle conoscenze sia delle sue aree di disfunzionalità sia delle sue capacità adattive" (Westen, 1998, p. 118).

Anche Jacobson e Cooper (1993) hanno messo in evidenza la scarsa utilità clinica dell'approccio utilizzato dal DSM: "La preferenza [...] nel costruire categorie diagnostiche a partire da comportamenti definiti e osservabili, con il minimo uso possibile della teoria clinica e dell'inferenza, non soddisfa fino in fondo la necessità clinica di avere delle buone descrizioni dei pazienti, che possano condurre a prendere decisioni razionali nel corso del trattamento" (p. 109). A questo proposito, gli Autori fanno notare come il metodo diagnostico psicoanalitico, sebbene non "attendibile scientificamente", comporti una valutazione clinica più accurata rispetto a quella ottenibile con gli strumenti derivati dal DSM. Il metodo analitico integra infatti la dimensione dinamico-esplicativa con quella fenomenologico-descrittiva, includendo nella diagnosi ipotesi relative ai processi inconsci della vita psichica, ai conflitti intrapsichici e relazionali e alle difese, il che si traduce in indicazioni fondamentali per la buona conduzione del trattamento (Jacobson, Cooper, 1993). Anche Nancy McWilliams (1999) è molto critica circa l'utilità clinica del DSM, in quanto ritiene che l'abbinamento sintomi-criteri, utilizzato dal DSM come metodo per elaborare la diagnosi, non colga gli aspetti centrali che consentono una valutazione diagnostica "sufficientemente buona". In questo senso, la Mc Williams sottolinea che il fattore critico per "discernere il *significato* di un comportamento" è "la *soggettività del clinico*"

(1999, p. 21), e che l'impersonalità e l'obiettività dei criteri DSM, formulati con l'intenzione dichiarata di minimizzare la soggettività, rendono a priori la diagnosi meno significativa. Invece, secondo l'Autrice, una formulazione clinica più completa e psicoanaliticamente orientata dovrebbe tenere conto delle seguenti dimensioni, da ponderare, esplorare e *arricchire* durante i colloqui: il temperamento, le problematiche evolutive, le difese, gli affetti, le identificazioni, i *pattern* relazionali, l'autostima e le credenze patogene.

Accanto all'approccio categoriale seguito dal DSM - che permette di valutare solo la presenza o l'assenza di ciascun disturbo - sarebbe utile affiancare un approccio dimensionale alla patologia della personalità: i vari disturbi, cioè, dovrebbero essere rappresentati e valutati lungo una linea di *continuum*, i cui punti rappresentino diversi livelli di intensità - o gravità dei sintomi. Da più parti viene insomma proposto un approccio misto, che combini i vantaggi delle due forme di valutazione, categoriale e dimensionale (Westen e Shedler, 2000).

2.2 Per una valutazione rigorosa ma clinicamente utile della personalità

Le numerose critiche al sistema DSM si sono tradotte in interessanti proposte di riforma, potenzialmente in grado di influenzare in modo sostanziale sia la pratica clinica sia la ricerca in psicoterapia, con notevoli ripercussioni nell'ambito degli studi sui cosiddetti *empirically validated treatments*. Partendo dalla consapevolezza della scarsa sensibilità clinica del DSM (e in particolare dell'asse II), Westen e Shedler (1999 a, b; 2000) hanno sviluppato un sistema di classificazione con radici empiriche più salde, proponendolo come base per la costruzione del DSM-V. A tale fine, è stato impiegato un metodo statistico di Q-analisi, che utilizza le stesse procedure matematiche dell'analisi fattoriale e permette l'individuazione di gruppi di persone che condividono uguali caratteristiche. La tecnica è stata già impiegata con successo sia dai biologi, nella classificazione delle specie, sia dagli psicologi, nello studio della personalità normale (Block, 1971, 1978). L'approccio seguito da Westen e Shedler è il seguente: (1) hanno elaborato un metodo psicometricamente rigoroso per la *quantificazione del giudizio clinico*, costruendo un nuovo strumento di indagine della

personalità, denominato SWAP²; (2) successivamente, hanno richiesto a un campione randomizzato di 797 professionisti della salute mentale, psichiatri e psicologi clinici americani, di utilizzare lo strumento per descrivere un loro paziente precedentemente diagnosticato con un disturbo in asse II, secondo i criteri del DSM-III-R o DSM-IV; (3) quindi, hanno applicato la Q-analisi ai dati ottenuti, in modo da identificare i gruppi di pazienti che condividono le stesse caratteristiche psicologiche, al fine di costruire categorie diagnostiche clinicamente significative nonché fedeli alla realtà empirica.

Lo studio ha permesso l'identificazione di sette *cluster* o fattori Q, definiti ciascuno da una specifica configurazione dei 200 *item* della SWAP (è importante sottolineare che alcuni di essi, *ma non tutti*, sono riconducibili alle categorie diagnostiche dell'Asse II del DSM): (1) disforico (i cui *item* SWAP caratteristici sono: "Tende a sentirsi inadeguato, inferiore o fallito"; "tende a sentirsi infelice, depresso e scoraggiato"; "Tende a provare vergogna o a sentirsi imbarazzato"); (2) schizoide (definito in particolare da affermazioni indicanti la mancanza di relazioni intime o di amicizia, un bagaglio di emozioni ristretto o limitato, e l'assenza di abilità sociali); (3) antisociale (caratterizzato da *item* come: "Tende a essere disonesto"; "Tende a mentire o a ingannare le altre persone"; "Tende a prendersi gioco degli altri", etc.); (4) ossessivo (costituito da una miscela di caratteristiche adattive e patologiche, come l'essere coscienzioso e responsabile, il sapersi esprimere in modo articolato, l'avere *standard* morali e etici elevati, ma anche il bisogno eccessivo di ordine, il perfezionismo che impedisce di concludere le cose, l'ostinazione, etc.), (5) paranoico (definito da *item* come: "Tende a tenere il broncio"; "Tende a sentirsi incompreso, maltrattato o vittimizzato"; "Tende a dedurre velocemente che qualcuno lo vuole danneggiare o prendersi dei vantaggi su di lui"), (6) istrionico (caratterizzato dalla tendenza ad essere eccessivamente bisognoso o dipendente; ad attaccarsi agli altri in modo intenso e/o veloce; a sviluppare sentimenti e aspettative non giustificabili dal contesto o dalla storia della relazione) e (7) narcisistico (definito da *item* come: "Tende ad avere fantasie di successo, potere, bellezza e talento illimitati"; "Tende a considerarsi privilegiato"; "Si ritiene superiore agli altri", ecc.).

² *Shedler Westen Assessment of Personality*. Per una descrizione dello strumento, vedi in seguito.

Dato che il gruppo ottenuto attraverso l'estrazione del I° fattore (il gruppo disforico) era molto ampio - corrispondente a circa il 20% del campione - e considerando che il DSM-IV non riconosce il disturbo disforico o depressivo di personalità, Westen e Shedler (2000) hanno sottoposto questo primo *cluster* ad un'ulteriore Q-analisi, estraendo i seguenti sottotipi: (1) *disforico-evitante*, (2) *disforico ad elevato funzionamento*, (3) *disforico dal funzionamento emozionale sregolato*, (4) *disforico dipendente-masochista* e (5) *disforico con esteriorizzazione dell'ostilità*.

Questa classificazione, che per ragioni di campionamento deve essere considerata ancora provvisoria (vedi Westen e Shedler, 2000), fornisce criteri e categorie empiricamente derivati, più aderenti alla realtà clinica e dunque più adatti a descriverla. Il conseguente sistema nosografico permette distinzioni più raffinate tra pazienti raggruppati all'interno della stessa categoria, osservando il modo particolare in cui si combinano gli *item*, con la possibilità di delineare e verificare interventi terapeutici "su misura". Inoltre, la costruzione di un sistema diagnostico psicoanaliticamente orientato ma saldamente fondato su dati empirici risulta fondamentale alla luce del fatto che "l'assenza di una nomenclatura psicodinamica operazionalizzata, verificata empiricamente, attendibile e valida, ha ostacolato la ricerca sull'esito e sul processo, in ambito psicoanalitico" (Jacobson e Cooper 1993, p. 109).

In ambito clinico, l'idea complessiva che ci si è fatti di un determinato paziente può essere tradotta in diagnosi per mezzo di una semplice procedura di *matching prototype*, utilizzando i prototipi dei disturbi SWAP. Le descrizioni dei fattori Q servirebbero dunque da "sagoma diagnostica" (Westen e Shedler, 2000, p. 123), su cui costruire i profili SWAP individuali. In altre parole, nella pratica clinica quotidiana, gli operatori potrebbero sostituire l'attuale processo diagnostico previsto dal DSM (la somministrazione dei questionari SCID, di cui si parlerà in seguito), la cui laboriosità spesso induce il ricorso alle cosiddette "diagnosi cliniche" - cioè a diagnosi intuitive, scarsamente attendibili, in quanto "liberamente" ispirate ai criteri del DSM - con una procedura di "confronto con il prototipo", dove gli *item* più significativi di ciascun fattore Q costituiscono l'insieme dei criteri diagnostici. Per formulare la diagnosi, il clinico dovrebbe semplicemente valutare, lungo un *continuum* da 0 a 7, il grado in cui le caratteristiche di personalità del paziente, emerse nei colloqui, si accordano con la "sagoma diagnostica" dei fattori Q (Westen e Shedler, 1999b, 2000).

Com'è evidente, la valutazione della personalità è d'importanza centrale per il clinico e fornisce informazioni preziose sulle dinamiche che probabilmente caratterizzeranno il processo psicoterapeutico, permettendo formulazioni prognostiche oltretutto indicando "come muoversi" con un determinato paziente. La McWilliams afferma che "la terapia o analisi individuale a lungo termine non è un metodo uniforme, che viene applicato rigidamente senza tener conto della personalità individuale del paziente. Anche l'analista più classico porrà maggior attenzione ai limiti con un paziente isterico, sarà più sintonizzato sull'affettività con una persona ossessiva, più tollerante al silenzio con uno schizoide, e così via [...] La psicoanalisi e le psicoterapie analitiche non sono attività monolitiche, applicate in maniera rigida a qualunque malcapitato varchi la soglia dello studio" (1994, p. 29). Insomma non esiste, o non dovrebbe esistere, un trattamento che rimanga identico, indipendentemente dalle caratteristiche di personalità dei pazienti, secondo la logica "*one size fits all*" (cioè, la logica della "taglia unica", Fonagy, 2001).

2.3 Ricerca in psicoterapia e valutazione della personalità

In che modo la ricerca in psicoterapia si intreccia con la valutazione della personalità? Negli studi sull'*outcome*, che indagano l'esito delle psicoterapie cercando principalmente di verificare se i trattamenti sottoposti a scrutinio empirico funzionano o meno, le caratteristiche di personalità del paziente sono state misurate sia al fine di *predire* l'esito del trattamento (attraverso l'individuazione dei *patients pretreatment predictors of outcome*, cioè degli indicatori prognostici pre-trattamento) sia a scopo di *valutazione*, utilizzando il costrutto di "cambiamento strutturale" (Crits-Christoph e Connolly, 1993; Wallerstein, 1995; Kernberg, 1995; Kantrowitz, 1995). Per quanto riguarda le caratteristiche del paziente che sembrano essere correlate con un buon esito, Crits-Christoph e Connolly (1993) propongono una interessante rassegna, che tiene conto sia della letteratura clinica sia di quella sperimentale. Nella letteratura clinica, dicono gli Autori, sono molto utili le caratteristiche individuate da Bachrach e Leaff (1978) nelle persone che possono trarre maggior beneficio della psicoanalisi classica: buona forza dell'Io, esame di realtà efficace con presenza di meccanismi di sublimazione, difese flessibili, capacità di comunicare verbalmente, di utilizzare il processo secondario e di regressione al servizio dell'Io. Questi pazienti

presentano sintomi non troppo gravi e la loro diagnosi li colloca nello spettro nevrotico; sono in grado di sviluppare un'alleanza terapeutica e una nevrosi di transfert, non sono affetti da patologia narcisistica, ed hanno buone relazioni oggettuali; sono motivati all'analisi; tollerano abbastanza bene l'ansia, la depressione, la sofferenza e la frustrazione; il loro Super-Io è integrato e tollerante; la loro età è compresa tra 20 e 30 anni e non hanno precedenti esperienze di fallimento psicoterapeutico. Di tutte queste caratteristiche, specificano Bachrach e Leaff (1978), le più importanti sarebbero la presenza di buona forza dell'Io e di buone relazioni oggettuali. Per la psicoterapia dinamica breve, Crits-Christoph e Connolly notano che, sebbene ogni tipo di trattamento si associ a specifiche indicazioni e controindicazioni, alcune caratteristiche rappresentano contro-indicazioni assolute, valide in ogni caso: presenza di psicosi, gravi disturbi della personalità e tendenza all'*acting out*.

Per quanto riguarda gli studi empirici, Crits-Christoph e Connolly prendono in considerazione le seguenti variabili: gravità della patologia, tipo di diagnosi, livello d'ansia, motivazione alla terapia, interessi e abilità sociali, intelligenza e stili difensivi. Le variabili del paziente che promettono un miglior esito della terapia sono la minore gravità della patologia e la capacità del paziente di coinvolgersi in relazioni significative, mostrando abilità sociali. Ci sembra importante sottolineare che Crits-Christoph e Connolly riportano come nessuna variabile del paziente presa singolarmente sia in grado di spiegare una quota significativa di varianza dell'esito della terapia; di conseguenza, gli studi futuri dovranno prendere in considerazione un "insieme di variabili" predittive e non un singolo fattore alla volta. Inoltre viene messa in luce l'importanza di studiare l'interazione tra le caratteristiche del paziente prima del trattamento e le variabili del processo terapeutico, analizzando il modo in cui ciò si correla con l'esito (sempre seguendo il principio di congruenza "Paziente - Trattamento - Esito" ; Strupp, Schatch e Henry, 1988).

Per quanto riguarda la valutazione dell'esito, un costrutto centrale di difficile operazionalizzazione e che chiama in causa direttamente la valutazione della personalità, è quello di "cambiamento strutturale" (Wallerstein, 1995). Wallerstein (1995), nel trarre le conclusioni sul *Menninger Psychotherapy Research Project*, sottolinea l'importanza di individuare le *funzioni di personalità* che devono necessariamente cambiare in conseguenza al mutamento della struttura intrapsichica. In questo senso

vengono stabiliti criteri precisi. Le funzioni in questione, devono cioè essere (1) comprensive ma non sovrapponibili, (2) vicine all'esperienza empirica, (3) prontamente e attendibilmente rilevabili attraverso comportamenti osservabili e (4) descrittive di caratteristici modi di funzionamento individuali. Lo studio condotto da Wallerstein ha portato all'individuazione di 17 caratteristiche di personalità ³, ognuna delle quali prende il nome dal punto medio di una scala bidirezionale. Lo scopo di questo studio, secondo Wallerstein, è costruire uno strumento che fornisca gli indicatori necessari a correlare il tipo di cambiamento strutturale promosso con i diversi modelli di psicoterapia psicodinamica ⁴.

Anche secondo Shedler (2002), le misure sull'esito esistenti non colgono i cambiamenti strutturali né la presenza positiva di forze psicologiche che possano essere sviluppate durante il trattamento (cioè, la presenza di risorse). In questo senso, Shedler sottolinea come la SWAP possa costituire una valida misura dell'esito della psicoanalisi, valutando i cambiamenti strutturali attraverso il confronto tra profili SWAP dello stesso paziente in fasi successive.

Nell'ambito di studi sul processo psicoterapeutico, Otto Kernberg (1995) sottolinea l'importanza del lavoro svolto da Judy Kantrowitz e dal suo gruppo presso il *Boston Psychoanalytic Institute* (Kantrowitz, 1995). Presentando questo studio, Kernberg, mette in luce l'importanza di valutare le caratteristiche di personalità dello psicoanalista, che gli consentirebbero in alcuni casi di sintonizzarsi in modo adeguato con alcuni aspetti della personalità del paziente, mentre in altri creerebbero delle "macchie cieche" (*blind spots*), frutto della collusione inconscia all'interno della diade terapeutica. Fattori, questi, che determinano inevitabilmente l'interazione clinica e l'andamento del processo psicoterapeutico. Il compito futuro della ricerca consisterebbe quindi nel mettere in rilievo il modo in cui le caratteristiche della personalità dei partecipanti si intrecciano per determinare specifici esiti terapeutici, e non nel dimostrare che un tipo di terapia è in assoluto migliore di un'altra. Proprio in questa direzione, la divisione di Psicoterapia dell'APA (divisione 29), sotto la Guida

³ Speranza, gusto per la vita, attribuzione di responsabilità, flessibilità, persistenza, relazione con gli standard sociali e i valori morali, relazioni sociali, rapporti con la verità, reciprocità, empatia, regolazione affettiva, regolazione degli impulsi, regolazione delle esperienze sessuali, assertività, autostima, coerenza, fiducia in sé stesso e negli altri.

⁴ A questo proposito sembra interessante segnalare l'elenco dei "cinque ragionevoli criteri" proposti da Knight nel 1942 e riportati da Sandler e Dreher (1996) nel loro libro *Che cosa vogliono gli psicoanalisti? Gli obiettivi della terapia psicoanalitica*.

di John Norcross, ha stabilito una *task force* per identificare, operationalizzare e raccogliere informazioni sulle *Empirically Supported Relationships* (relazioni empiricamente verificate), distinguendosi, in questo modo, dagli *Empirically Supported Treatments* (Norcross, 2002). Tra le premesse che guidano questo gruppo di ricerca, c'è la convinzione che sia il singolo terapeuta o la relazione terapeutica, piuttosto che uno specifico approccio, a contribuire agli esiti di un trattamento. In questo senso appare importante sottolineare che i criteri di inclusione dei pazienti nelle ricerche sugli EST, enfatizzando il ruolo svolto dalla tecnica terapeutica piuttosto che dalla relazione clinico-paziente nel produrre il cambiamento, escludono a priori i pazienti affetti da un disturbo in asse II. Questi pazienti, infatti, non sono trattabili attraverso le terapie manualizzate sponsorizzate dagli EST e inoltre obbligano il ricercatore ad utilizzare campioni più numerosi, rendendo quindi la sperimentazione molto più dispendiosa (Westen & Morrison, 2002). Questo dato fa riflettere anche alla luce della rassegna di Westen & Morrison (2002), dove si afferma che il significato dei sintomi dell'asse I può essere molto differente se si presenta in concomitanza di un disturbo di personalità, e che i pazienti con un disturbo in asse II sono molto numerosi nella pratica clinica quotidiana.⁵

⁵ Vedi Cap.1 paragrafo 1.2

CAPITOLO 3

“LA RICERCA: UN CONTRIBUTO ALLA VALIDAZIONE ITALIANA DEL *MILLON* *ADOLESCENT CLINICAL INVENTORY*”

3.1 Obiettivo della ricerca

Uno dei principali motivi che, nello studio della psicopatologia adolescenziale, ostacola l'accumulo di conoscenze empiriche è la scarsità, sia a livello internazionale sia nazionale, di strumenti di misura specifici per questa fascia di età. La ricerca si propone di offrire un contributo all'adattamento e alla validazione italiana di uno specifico strumento *self report* costruito per rilevare la presenza di DP e di altre sindromi cliniche nella fascia adolescenziale: il *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI; Millon *et al.*, 1993).

3.2 Presentazione dello strumento

Il MACI è uno strumento *self report* composto da 160 *item* dicotomici (vero/falso) completabili in un intervallo di tempo variabile dai 20 ai 30 minuti, costruito e validato su soggetti di età compresa tra 13 e 19 anni. È stato progettato per la valutazione dei DP secondo l'Asse II del DSM III R e del DSM IV e per la valutazione di importanti problematiche cliniche. Il MACI sostituisce il Millon

Adolescent Personality Inventory conservandone solo 49 item (MAPI; Millon *et al.*, 1982). È composto dalle seguenti 31 scale.

SCALE	NOME
-------	------

DP

Pattern di Personalità (12):

1	INTROVERSIONE	SCHIZOIDE
2A	INIBIZIONE	EVITANTE
2B	TRISTEZZA	DEPRESSIVO
3	SOTTOMISSIONE	DIPENDENTE
4	TEATRALITÀ	ISTRIONICO
5	EGOISMO	NARCISISTICO
6A	SREGOLATEZZA	ANTISOCIALE
6B	ASSERTIVITÀ	SADICO
7	CONFORMISMO	OSSESSIVO
8A	OPPOSITIVITÀ	PASSIVO-AGGRESSIVO
8B	AUTOSVALUTAZIONE	MASOCHISTA
9	TENDENZE BORDERLINE	BORDERLINE

Preoccupazioni Manifeste (8):

- A CRISI D'IDENTITÀ
- B AUTO-SVALUTAZIONE
- C INSODDISFAZIONE PER IL PROPRIO
CORPO
- D PROBLEMI SESSUALI
- E INSICUREZZA CON I COETANEI
- F INSENSIBILITÀ SOCIALE
- G PROBLEMI FAMILIARI
- H ABUSO INFANTILE

Sindromi Cliniche (7):

- AA DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE
- BB TENDENZA ALL'ABUSO DI SOSTANZE
- CC TENDENZA A DELINQUERE
- DD IMPULSIVITÀ

EE ANSIA

FF AFFETTI DEPRESSIVI

GG TENDENZE SUICIDE

Indici di Validità (3+1):

X APERTURA

Y DESIDERABILITÀ

Z SVALUTAZIONE

VV ATTENDIBILITÀ

Rispetto agli altri *self report* riportati in letteratura, come il *Personality Diagnostic Questionnaire – 4+* (PDQ-4+; Hyler, 1994), la *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (SNAP; Clark, 1993), il *Coolidge Axis II Inventory* (CAI-II; Coolidge, 1993) e il *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III* (MCMI-III; Millon *et al.*, 1997), questo strumento è stato progettato specificamente per la fascia adolescenziale (13-19) risultando unico nel suo genere (Conoley, Impara, *Mental Measurement Yearbook*, 1995). Selezione degli Item e Costruzione delle Scale: I 160 item sono stati selezionati a partire da un pool di circa 1000 item. Le scale del MACI sono state sviluppate attraverso un processo di costruzione in cui sono state consultate varie figure professionali (psichiatri, psicologi ecc...) che lavorano nell'ambito della salute mentale degli adolescenti. La costruzione delle scale è stata realizzata seguendo 3 fasi: (1) selezione del pool di item e delle scale a partire dalla teoria evolutiva di Millon (Millon, 1991; vedi anche Clarkin, Lenzenweger, 1996) e della classificazione

internazionale DSM (DSM III R, 1980; DSM IV, 1994) (2) assegnazione degli item a ciascuna scala a seconda del loro contenuto e applicazione di tecniche statistiche tese a massimizzare la consistenza interna delle scale (analisi della distribuzione di frequenza degli item, alpha di Cronbach, correlazione tra ogni item e il punteggio totale della scala a cui è stato assegnato, analisi della correlazione tra le varie scale del MACI ecc...); (3) verifica della validità delle scale rispetto ad un criterio esterno (correlazione tra le scale MACI e la diagnosi clinica; correlazione tra le scale MACI e i seguenti strumenti: (a) Eating Disorder Inventory-2, (b) Beck Anxiety Inventory, (c) Beck Depression Inventory/Hopelessness Scale, (d) Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers, (e) Millon Adolescent Personality Inventory). Seguendo questo processo itinerante, ad ogni analisi statistica venivano assegnati gli item a ciascuna scala o eliminati dal pool iniziale (da 331 item arriviamo ai 160 item della versione definitiva). **Caratteristiche campione normativo:** il MACI è stato validato su un campione normativo di 1017 adolescenti americani in trattamento residenziale e ambulatoriale. Il campione normativo è stato stratificato in base alla fascia di età (13-15 e 16-19) e al genere d'appartenenza (Maschio/Femmina). Sono riportati i dati sulla scolarità, sul tipo di trattamento in corso e sull'appartenenza culturale/etnica

3.3 Caratteristiche psicometriche: attendibilità e validità

Alpha di Cronbach: da .73 a .91; la maggior parte delle scale si attesta su valori di .80 (Millon *et al.*,1993; Conoley, Impara,1995). Per le scale *Pattern di personalità* va da .74 (SCALA 3 “Dipendente”) a .90 (SCALA 8B “Masochista”). *Test-Retest:* (N=47) da .57 (SCALA E “Insicurezza con i coetanei”) a .92 (SCALA 9 “Borderline”).

VALIDITÀ: *Validità convergente:* alcune ricerche hanno confrontato scale specifiche del MACI con relativi strumenti *self report* ottenendo i seguenti risultati (1) rispettivamente .75 e .88 tra la scala sui Disturbi dell’Alimentazione (MACI) e due scale (*Drive for Thinness e Body Dissatisfaction*) dell’Eating Disorder Inventory-2 (Millon *et al.*,1993;Conoley, Impara,1995); (2) .60 tra la scala sugli Affetti Depressivi (MACI) e il Beck Depression Inventory e il Beck Hopelessness Inventory (Millon *et al.*,1993;Conoley, Impara,1995); (3) buona correlazione tra la Psychopathic Content Scale (sviluppata dal MACI) e la Psychopathy Checklist Youth Version e la Antisocial Processes Clinic Device (Murrie *et al.*, 2004; Sekula, 2003); (4) alta correlazione tra le

scale 2B “Depressivo” e FF “Affetti Depressivi” (MACI) e Beck Depression Inventory (Hiatt, Cornell, 1999). *Validità discriminante*: una ricerca di Vinet e Alacon (2003) mostra: (1) la capacità del MACI di discriminare tra un campione di adolescenti in trattamento nei servizi di salute mentale e un campione di pari non in trattamento (N=74); (2) differenze nei punteggi a seconda dell’età e del genere in un campione di 300 soggetti reclutati nelle scuole; (3) capacità del MACI di discriminare tra un campione di soggetti appartenenti a gang giovanili e un campione di pari (N=62) (Vinet *et al.*, 2003).

3.4 Vantaggi e limiti dell’uso dei self report nella valutazione dei DP.

I *self report* risultano utili per una serie di ragioni: (1) possono essere utilizzati per lo *screening* di ampi campioni; (2) consentono un confronto tra l’autopercezione del disagio e la sua valutazione clinica; (3) permettono una sistematica e rapida raccolta di informazioni; (4) possono essere utilizzati come guida per l’approfondimento clinico (5) il rapporto costo-beneficio è molto alto (Westen, Weinberger, 2004). I limiti: (1) la mancanza di *insight* è caratteristica di molti DP (Westen, 1995) e quindi strumenti che pongono domande dirette (come le interviste strutturate o semistrutturate) o che richiedono una descrizione diretta da parte del soggetto (come i *self report*) si allontanano dal modo in cui i clinici operano una formulazione diagnostica nella pratica clinica; (2) gli strumenti *self report* e le interviste strutturate e semistrutturate hanno in genere una scarsa validità sia per problemi inerenti all’asse II sia per le caratteristiche dei quadri patologici che valutano. (3) scarsa affidabilità test-retest (4) la valutazione della personalità (intesa come processi cognitivi, emotivi e modalità di relazione con l’altro) richiede un approfondimento operato da un clinico esperto per superare i *bias* legati ai meccanismi difensivi e a processi di desiderabilità sociale (Westen, Shedler, 1999a; Westen, Weinberger, 2004).

3.5 Traduzione e studio pilota

Traduzione item del Test MACI.

Consultazione indipendente di almeno tre esperti sui DP per ottenere una consulenza tecnica sulla traduzione degli item.

Revisione della traduzione degli item MACI.

Costruzione di una scala Likert a 5 punti per ogni item del MACI al fine di permettere ai soggetti di esprimere un parere sulla comprensibilità degli item.

Somministrazione pilota del MACI a gruppo di adolescenti (N=30) per commenti e valutazione della comprensibilità degli item.

Confronto indipendente tra specialisti in psicoterapia sulla validità e rappresentatività degli item in relazione alle dimensioni misurate.

3.6 La ricerca

Reclutamento di un campione normativo con una procedura di campionamento stratificato per età e sesso casualmente estratti dalla popolazione degli studenti delle scuole superiori (Ercolani, Perugini, 1997; De Carlo, Robusto, 1996)

Caratteristiche campione normativo: (1) età compresa tra i 16 e i 19 anni; (2) bilanciamento della variabile sesso (M/F); (3) numerosità campione $N \geq 300$ (Boncori, 1993). Somministrazione MACI. Analisi dei dati: analisi della distribuzione di frequenza di ciascun item; calcolo della media e ds per ciascuna scala; analisi della consistenza interna di ciascuna scala e confronto con i dati originali (alpha di Cronbach); analisi della correlazione tra ogni item e il punteggio totale della scala (item escluso; item incluso) e tra le altre scale; analisi della correlazione tra le scale MACI –in particolare tra le 12 scale “Pattern di Personalità”;

calcolo dell'errore standard di misura; elaborazione di tabelle di trasformazione dei punteggi grezzi in punteggi normativi come fatto dai costruttori del test (uso della formula dell'interpolazione lineare; Ercolani, Perugini, 1997; Millon *et al.*, 1993);

stabilire un *cut off* per ogni scala sulla base di dati epidemiologici riportati dalla letteratura nazionale e/o internazionale (tenendo conto dei dati e dei problemi degli studi epidemiologici riportati da Loranger (1992), Perry (1992) Lenzenweger *et al.*, (1995), Maier *et al.* (1992), Weissman (1993) e dei criteri utilizzati da Millon, *et al.* (1993); analisi fattoriale esplorativa (Ercolani, Areni, Mannetti, 1990; Dillon, Goldstein, 1984). Confronto tra i dati ottenuti e quelli riportati nella letteratura sullo strumento (Millon *et al.*, 1993; Conoley, Impara, 1995; Vinet *et al.*, 2003).

3.6 Risultati: verifica della validità di contenuto

La verifica della validità del contenuto del test è stata realizzata attraverso il reclutamento di un campione di 8 clinici esperti della psicopatologia dell'adolescenza. Ho messo a punto un questionario per permettere agli 8 clinici di valutare l'adeguatezza clinica dell'attribuzione degli item a ciascuna scala del test. Ho stabilito un *cut off* di 6 pareri positivi su 8 per giudicare "clinicamente adeguata" l'attribuzione di ciascun item alla scala. I risultati sono riportati nella tabella 1.

Tabella 1. Percentuali di item per scala giudicati clinicamente adeguati (*cut off* ≥ 6)

	SCALE MACI	N ITEM/ N ITEM ADEGUATI	P Item adeguati
DISTURBI PERSONALITÀ	SCHIZOIDE	44/14	69%
	EVITANTE	37/0	100%
	DEPRESSIVO	24/0	100%
	DIPENDENTE	48/3	94%
	ISTRIONICO	41/4	90%
	NARCISISTICO	39/1	97%
	ANTISOCIALE	39/2	95%
	SADICO	22/1	96%
	OSSESSIVO	39/7	82%
	PASSIVO-AGGRESSIVO	43/13	72%
	MASOCHISTICO	44/9	80%
	BORDERLINE	21/0	100%
PREOCCUPAZIONI MANIFESTE	CRISI D'IDENTITÀ	32/11	66%
	AUTOSVALUTAZIONE	38/2	95%
	INSODDISFAZIONE PER IL PROPRIO CORPO	17/1	94%
	PROBLEMI SESSUALI	37/19	49%
	INSICUREZZA CON I COETANEI	19/5	74%
	INSENSIBILITÀ SOCIALE	39/13	67%
	PROBLEMI FAMILIARI	28/10	64%
	ABUSO INFANTILE	24/5	79%
SINDROMI CLINICHE	DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE	20/1	95%
	ABUSO SOSTANZE	35/9	74%
	TEND. A DELINQUERE	34/8	77%
	IMPULSIVITÀ	24/7	71%
	ANSIA	42/15	64%

	AFFETTI DEPRESSIVI	33/3	91%
	TENDENZE SUICIDARIE	25/0	100%

Dopo l'individuazione degli item inadeguati, ho somministrato il test originale e integrale a un campione di adolescenti presi dalla popolazione generale. La scelta di somministrare il test originale includendo gli item che non hanno superato la prova dei giudici clinici è legata al fatto che le scale del MACI sono state costruite utilizzando due criteri: (1) la pertinenza clinica e (2) il comportamento psicometrico dell'item (valutato attraverso l'alpha di Cronbach, la correlazione tra l'item e il punteggio totale di scala ecc...). La scelta di escludere uno o più item dalle scale è stata quindi posticipata in attesa dei risultati ottenuti sulla popolazione generale. Le caratteristiche del campione raccolto in tre scuole, estratte a caso, di Roma Nord è la seguente (vedi Tabella 2).

Tabella 2. Caratteristiche del campione utilizzato nella ricerca

	16	17	18	19	TOT
MASCHI	35	51	35	21	142
FEMMINE	26	38	29	22	115
TOT	61	89	64	43	257

Il campione utilizzato dagli autori del test sulla popolazione tra i 16 e i 19 anni è il seguente
(vedi Tabella 3).

Tabella 3. Caratteristiche del campione utilizzato dagli autori del test

	TOT
MASCHI	147
FEMMINE	105
TOT	252

I risultati ottenuti sul campione estratto dalla popolazione generale (N=249 visto che 8 questionari sono stati giudicati nulli seguendo le regole utilizzate dagli autori) sono i seguenti.

3.6.1 Risultati: attendibilità valutata con l'indice Alpha di Cronbach

		N ITE	ALPH A	ALPHA CAMPIO	ALPHA ITEM	N ITE	ALPHA DEFINITIV	N ITE
--	--	----------	-----------	-----------------	---------------	----------	--------------------	----------

	SCALE MACI	M	MILL ON	NE ITALIAN O (ALL ITEM)	ESCLUS I (GIUDIZ IO CLINIC O)	M	O NUOVE SCALE (GIUD.CLIN ICO + ANALISI STATISTICA)	M
DISTURBI PERSONALITÀ	SCHIZOIDE	44	.83	.80	.79	27	.79	27
	EVITANTE	37	.86	.84	.84	37	.87	28
	DEPRESSIVO	24	.86	.83	.83	24	.83	23
	DIPENDENTE	48	.74	.78	.78	45	.77	38
	ISTRIONICO	41	.82	.84	.85	37	.85	32
	NARCISISTICO	39	.80	.84	.85	38	.85	32
	ANTISOCIALE	39	.84	.82	.82	37	.84	31
	SADICO	22	.83	.77	.76	21	.75	16
	OSSESSIVO	39	.86	.78	.74	32	.77	26
	PASSIVO-AGGR.	43	.85	.79	.76	31	.72	22
	MASOCHISTICO	44	.90	.87	.85	35	.86	26
	BORDERLINE	21	.86	.75	.75	21	.75	20
PREOCC. MAN.	CRISI D'IDENTITÀ	32	.79	.68	.72	22	.75	14
	AUTOSVALUTAZI ONE	38	.91	.90	.90	36	.90	35
	INSOD. PER IL PROPRIO CORPO	17	.85	.74	.75	16	.78	11
	PROBLEMI SESSUALI	37	.73	.50	.57	18	.69	10
	INSICUREZZA CON I COETANEI	19	.75	.68	.74	14	.77	11
	INSENSIBILITÀ SOC.	39	.79	.78	.76	26	.77	20
	PROBLEMI FAMILIARI	28	.79	.66	.55	18	.59	9
	ABUSO INFANTILE	24	.83	.72	.72	19	.68	15
SINDROMI CLINICHE	DISTURBI DELL'ALIMENT.	20	.86	.80	.79	19	.80	19
	ABUSO SOSTANZE	35	.89	.86	.85	26	.84	13
	TEND. A DELINQ.	34	.77	.78	.77	26	.75	12
	IMPULSIVITÀ	24	.79	.73	.72	17	.71	10
	ANSIA	42	.75	.82	.75	27	.60	14
	AFFETTI DEPRESSIVI	33	.89	.84	.85	30	.87	27
	TENDENZE SUICIDARIE	25	.87	.80	.80	25	.76	14

In alcune scale l'alpha di Cronbach, indice di attendibilità della scala, è più bassa nel campione italiano rispetto ai dati originali ma rimane a livelli buoni per le scale

Disturbi di Personalità ($\alpha > .70$). Alcune scale non danno risultati soddisfacenti e andrebbero escluse (Problemi Sessuali, Problemi Familiari, Abuso Infantile e Ansia).

3.6.3 Risultati: verifica dell'utilizzo dei punteggi ponderati utilizzati dagli autori

Gli autori del MACI, considerando che l'utilizzo su più scale degli stessi item (introdotto per ridurre la lunghezza del test) provoca una intercorrelazione alta tra le scale del test, hanno costruito dei punteggi ponderati (da 1 a 3) per ciascun item su ciascuna scala. Ad esempio, l'item 3 "Non ho bisogno di avere amici del cuore come fanno gli altri ragazzi" nella versione originale dà un punteggio di: 3 punti sulla scala Schizoide se il soggetto risponde vero, 1 punto sulla scala Dipendente se il soggetto risponde falso, 1 punto sulla scala Crisi d'identità se il soggetto risponde vero e 1 punto sulla scala Ansia se il soggetto risponde falso. Ho confrontato le intercorrelazioni tra le scale del MACI, ottenute dal campione italiano, utilizzando sia il calcolo basato sui punteggi ponderati sia il calcolo semplice (ovvero senza punteggi ponderati). I risultati riportati in Tabella 4, dimostrano come l'intercorrelazione tra le scale, utilizzando i punteggi ponderati, non è significativamente più bassa di quella ottenuta utilizzando i punteggi semplici. Quindi si propone l'abbandono della procedura di ponderazione che risulta tra l'altro molto dispendiosa in termini di calcolo.

Tabella 4. Intercorrelazione tra le scale MACI con e senza l'uso di punteggi ponderati calcolata sulle scale Disturbi di Personalità

Correlazioni scale PD punteggi ponderati												
	PSCZ	PEVI	PDEP	PDIP	PISTR	PNARC	PANT	PSAD	POBS	PPAG	PMASO	PBORDER
PSCZ	1,00	0,83	0,78	0,33	-0,80	-0,66	-0,24	0,03	-0,19	0,46	0,70	0,58
PEVI	0,83	1,00	0,76	0,50	-0,88	-0,77	-0,39	-0,13	-0,08	0,32	0,77	0,53
PDEP	0,78	0,76	1,00	0,24	-0,64	-0,60	-0,04	0,14	-0,37	0,65	0,85	0,77
PDIP	0,33	0,50	0,24	1,00	-0,53	-0,61	-0,76	-0,70	0,54	-0,35	0,30	0,07
PISTR	-0,80	-0,88	-0,64	-0,53	1,00	0,89	0,51	0,23	-0,01	-0,20	-0,62	-0,39
PNARC	-0,66	-0,77	-0,60	-0,61	0,89	1,00	0,52	0,34	0,00	-0,13	-0,63	-0,42
PANT	-0,24	-0,39	-0,04	-0,76	0,51	0,52	1,00	0,78	-0,70	0,56	-0,03	0,23
PSAD	0,03	-0,13	0,14	-0,70	0,23	0,34	0,78	1,00	-0,68	0,68	0,14	0,37
POBS	-0,19	-0,08	-0,37	0,54	-0,01	0,00	-0,70	-0,68	1,00	-0,73	-0,40	-0,59
PPAG	0,46	0,32	0,65	-0,35	-0,20	-0,13	0,56	0,68	-0,73	1,00	0,63	0,71
PMASO	0,70	0,77	0,85	0,30	-0,62	-0,63	-0,03	0,14	-0,40	0,63	1,00	0,80
PBORDER	0,58	0,53	0,77	0,07	-0,39	-0,42	0,23	0,37	-0,59	0,71	0,80	1,00

Correlazioni scale PD punteggi non ponderati

	SCZ	EVI	DEP	DIP	ISTRIO	NARC	ANT	SAD	OBS	PAG	MASO	BORDER
SCZ	1,00	0,87	0,76	0,34	-0,87	-0,78	-0,39	-0,13	-0,20	0,31	0,70	0,56
EVI	0,87	1,00	0,74	0,45	-0,92	-0,83	-0,47	-0,20	-0,14	0,22	0,76	0,51
DEP	0,76	0,74	1,00	0,16	-0,71	-0,67	-0,09	0,10	-0,50	0,59	0,89	0,80
DIP	0,34	0,45	0,16	1,00	-0,53	-0,58	-0,83	-0,79	0,57	-0,54	0,17	-0,07
ISTRIO	-0,87	-0,92	-0,71	-0,53	1,00	0,90	0,55	0,28	0,08	-0,15	-0,70	-0,47
NARC	-0,78	-0,83	-0,67	-0,58	0,90	1,00	0,53	0,32	0,08	-0,11	-0,70	-0,49
ANT	-0,39	-0,47	-0,09	-0,83	0,55	0,53	1,00	0,80	-0,68	0,62	-0,05	0,20
SAD	-0,13	-0,20	0,10	-0,79	0,28	0,32	0,80	1,00	-0,76	0,73	0,15	0,37
OBS	-0,20	-0,14	-0,50	0,57	0,08	0,08	-0,68	-0,76	1,00	-0,87	-0,56	-0,69
PAG	0,31	0,22	0,59	-0,54	-0,15	-0,11	0,62	0,73	-0,87	1,00	0,61	0,69
MASO	0,70	0,76	0,89	0,17	-0,70	-0,70	-0,05	0,15	-0,56	0,61	1,00	0,84
BORDER	0,56	0,51	0,80	-0,07	-0,47	-0,49	0,20	0,37	-0,69	0,69	0,84	1,00

3.6.4 Risultati: analisi dell'intercorrelazione tra le scale MACI

Un passaggio obbligato nella valutazione del test è quello dell'osservazione dell'intercorrelazione tra le scale allo scopo di verificare la validità del costrutto. In appendice A e in appendice B vengono riportate le intercorrelazioni tra le scale del MACI calcolate con il metodo originale e quelle calcolate con le nuove scale da cui sono stati esclusi gli item non “cl clinicamente adeguati” e gli item che diminuivano l'attendibilità della scala. I risultati mostrano come l'intercorrelazione tra le scale sia in alcuni casi piuttosto alta e soprattutto clinicamente coerente (vedi correlazione negativa tra scala Ossessivo e scala Antisociale ecc...). Resta alta e clinicamente coerente anche nelle nuove scale del MACI ottenute togliendo gli item clinicamente inadeguati e gli item che diminuivano l'attendibilità della scala.

Le intercorrelazioni alte, però, sollevano un problema di dimensionalità dello strumento: le scale del MACI con una correlazione molto alta tra loro misurano due costrutti diversi che per una ragione teorica correlano molto tra di loro oppure sono due misure simili dello stesso costrutto? Nel primo caso si dovrebbe spiegare in modo teorico la relazione tra le due variabili mentre nel secondo caso si dovrebbe optare per una messa in questione della costruzione delle scale. Per verificare questo aspetto abbiamo “corretto” i punteggi di correlazione tra le variabili per l'indice di attendibilità ottenendo i punteggi di correlazione tra i punteggi veri delle scale. I risultati dimostrano come le correlazioni alte tra alcune scale indicano che le variabili sono misure simili della stessa dimensione (vedi anche l'analisi fattoriale). Le ragioni

di questa imprevista conclusione sono ricavabili dall'analisi della composizione delle scale, visto che le scale originali e quelle nuove ottenute dalla nostra sperimentazione condividono un numero eccessivamente elevato di item.

3.6.5 Risultati: analisi fattoriale esplorativa

A dispetto della numerosità delle scale costruite dagli autori l'analisi fattoriale esplorativa condotta sulle scale del campione italiano dà origine a 2 dimensioni latenti indipendenti interpretabili come:

I° fattore: comprende le scale che descrivono una sofferenza psicopatologica vissuta in termini di emozioni, comportamenti e pensieri riferiti a Sé stessi, con un ritiro dalle relazioni sociali, un tono dell'umore depresso e agiti aggressivi rivolti verso il proprio corpo.

II° fattore: comprende le scale che descrivono una sofferenza psicopatologica agita verso l'esterno, con elevate quote di aggressività eterodiretta, mancanza di empatia, ecc...

I due fattori spiegano l'80% della varianza dei punteggi.

SCALE MACI	FATTORI ESTRATTI	
	I	II
AUTOSVA	0,96	-0,10
MASO	0,96	0,11
DEP	0,93	0,08
TS	0,91	0,10
DEPCLIN	0,91	-0,30
EVI	0,86	-0,36
ISTRIO	-0,82	0,45
SCZ	0,82	-0,26
BORDER	0,82	0,36
CRISI	0,82	0,25
NARC	-0,80	0,45
DISALIM	0,79	-0,16
ABUINF	0,79	0,33
INSODCORP	0,77	-0,10
INSICOET	0,63	-0,45
ANT	-0,15	0,95
ABUSOST	0,19	0,92
ANSIA	0,21	-0,92

SAD	0,08	0,89
IMPULS	-0,16	0,88
DIP	0,24	-0,86
OBS	-0,50	-0,80
PROBFAM	-0,02	0,78
INSENSOC	-0,51	0,77
PROBSEX	0,00	-0,77
PAG	0,56	0,76
TENDELINQ	-0,53	0,75

I risultati confermano i dati ottenuti dagli studi condotti in America Latina ma non i dati attesi dagli autori del questionario.

L'analisi fattoriale condotta utilizzando le **nuove scale** ha dato risultati clinicamente più interessanti, mettendo in luce quattro dimensioni latenti. Queste quattro dimensioni spiegano l'82% della varianza dei punteggi.

NUOVE SCALE MACI	FATTORI ESTRATTI			
	I	II	III	IV
NDEP	0,87	0,06	0,33	0,19
NABUINF	0,84	0,09	0,19	0,04
NTS	0,80	0,12	0,28	0,18
NMASO	0,78	0,03	0,37	0,41
NCRISI	0,78	-0,05	0,43	0,09
NDEPCL	0,77	-0,09	0,38	0,45
NBORDER	0,77	0,31	0,24	0,24
NAUTOSVA	0,76	-0,05	0,42	0,43
NPAG	0,63	0,59	0,24	0,09
NPROBFAM	0,59	0,40	-0,10	0,12
NANTISOC	0,11	0,92	-0,23	0,00
NOBS	-0,17	-0,91	0,08	-0,06
NSAD	0,07	0,89	0,10	0,03
NINSENSOC	0,00	0,87	0,04	-0,12
NDIP	0,25	-0,85	0,13	0,26
NIMP	0,04	0,84	-0,12	0,21
NTENDELINQ	0,13	0,83	-0,14	-0,12
NABUSOST	0,20	0,73	-0,13	-0,18
NANSIA	0,46	-0,66	0,13	0,01
NSCZ	0,50	-0,09	0,81	0,02
NPROBSEX	0,17	-0,14	0,81	0,33
NISTRIO	-0,55	0,21	-0,74	-0,22
NEVI	0,56	-0,20	0,72	0,26
NINSICOET	0,60	-0,06	0,68	0,00
NNARC	-0,52	0,29	-0,60	-0,37
NINSOCORP	0,39	-0,10	0,30	0,83
NDISTALIM	0,49	-0,07	0,23	0,78

I Fattore indica una dimensione depressiva articolata in due polarità: **depressiva** (tono dell'umore depresso, autosvalutazione, aggressività rivolta verso il Sé, ecc...) maggiormente saturata dalle scale Depressione, Tendenze Suicidarie, Masochismo ecc... e **maniacale** saturata dalle scale Istrionico e Narcisistico.

II Fattore indica una dimensione psicopatica articolata in due polarità: **incurante dell'oggetto** (legata alla mancanza del controllo degli impulsi, empatia, preoccupazione per gli altri ecc...) saturata dalle scale Antisociale, Sadico, Tendenza a delinquere, Insensibilità Sociale, ecc... e una polarità legata alla **conservazione-preoccupazione per l'oggetto** saturata dalle scale Ossessivo e Dipendente.

III Fattore indica una dimensione relazionale caratterizzata da due estremi: da un lato una polarità caratterizzata da un **ritiro dalle relazioni** (rifiuto degli altri, paura del contatto emotivo, evitamento, ecc...) saturata dalle scale Schizoide, Evitante, Insicurezza con i Coetanei mentre dall'altro è presente la polarità opposta di **utilizzo delle relazioni per ottenere un'immagine grandiosa del Sé** saturata dalle scale Istrionico e Narcisistico.

IV Fattore indica una dimensione legata alla polarità **soddisfazione-insoddisfazione per l'immagine corporea del Sé**, saturata dalle scale Insoddisfazione Corporea e Disturbi Alimentari. Critica della dimensionalità del questionario. Modifica del questionario attraverso: (1) introduzione di nuovi item; (2) somministrazione ad un campione clinico; (3) costruzione di scale alternative utilizzando l'analisi-Q (vedi appendice C).

APPENDICE A																								
Correlazioni scale originali MILLON																								
	SCZ	EVI	DEP	DIP	ISTRIO	NARC	ANT	SAD	OBS	PAG	MASO	BORDER	CRISI	AUTOSVA	INSODCORP	INSICOET	INSENSOC	DISALIM	ABUSOST	TENDELINQ	IMPULS	DEPCLIN	TS	
SCZ	1,00	0,87	0,76	0,34	-0,87	-0,78	-0,39	-0,13 0,20	-0,20	0,31	0,70	0,56	0,69	0,77	0,49	0,76	-0,55	0,52	-0,06	-0,55	-0,42	0,76	0,70	
EVI	0,87	1,00	0,74	0,45	-0,92	-0,83	-0,47	-0,20 0,20	-0,14	0,22	0,76	0,51	0,62	0,85	0,66	0,79	-0,68	0,69	-0,13	-0,68	-0,47	0,87	0,75	
DEP	0,76	0,74	1,00	0,16	-0,71	-0,67	-0,09	0,10 0,50	-0,59	0,89	0,80	0,77	0,88	0,62	0,58	-0,41	0,64	0,20	-0,43	-0,08	0,81	0,88		
DIP	0,34	0,45	0,16	1,00	-0,53	-0,58	-0,83	-0,79 0,79	0,57	-0,54	0,17	-0,07	-0,05	0,34	0,36	0,44	-0,81	0,44	-0,75	-0,81	-0,71	0,50	0,11	
ISTRIO	-0,87 0,87	-0,92	-0,71 0,53	-0,53	1,00	0,90	0,55	0,28	0,08	-0,15	-0,70	-0,47	-0,56	-0,82	-0,64	-0,76	0,72	-0,66	0,24	0,73	0,54	-0,85	-0,69	
NARC	-0,78	-0,83	-0,67 0,58	-0,58	0,90	1,00	0,53	0,32	0,08	-0,11	-0,70	-0,49	-0,54	-0,81	-0,65	-0,66	0,80	-0,68	0,22	0,72	0,55	-0,83	-0,64	
ANT	-0,39	-0,47	-0,09 0,83	-0,83	0,55	0,53	1,00	0,80	-0,68	0,62	-0,05	0,20	0,10	-0,22	-0,18	-0,51	0,80	-0,22	0,88	0,80	0,87	-0,43	-0,05	
SAD	-0,13	-0,20	-0,10 0,79	-0,79	0,28	0,32	0,80	1,00	-0,76	0,73	0,15	0,37	0,28	-0,02	0,01	-0,34	0,70	-0,06	0,85	0,66	0,76	-0,19	0,13	
OBS	-0,20	-0,14	-0,50 0,57	0,57	0,08	0,08	-0,68	-0,76	1,00	-0,87	-0,56	-0,69	-0,59	-0,39	-0,30	0,08	-0,32	-0,25	-0,84	-0,33	-0,63	-0,21	-0,49	
PAG	0,31	0,22	0,59 0,54	-0,54	-0,15	-0,11	0,62	0,73	-0,87	1,00	0,61	0,69	0,65	0,45	0,32	0,05	0,34	0,29	0,80	0,29	0,53	0,26	0,62	
MASO	0,70	0,76	0,89	0,17	-0,70	-0,70	-0,05	0,15	-0,56	0,61	1,00	0,84	0,79	0,93	0,74	0,51	-0,42	0,75	0,26	-0,46	-0,02	0,85	0,89	
BORDER	0,56	0,51	0,80 0,07	-0,07	-0,47	-0,49	0,20	0,37	-0,69	0,69	0,84	1,00	0,77	0,75	0,54	0,32	-0,17	0,56	0,45	-0,20	0,24	0,63	0,77	
CRISI	0,69	0,62	0,77 0,05	-0,05	-0,56	-0,54	0,10	0,28	-0,59	0,65	0,79	0,77	1,00	0,75	0,48	0,45	-0,17	0,48	0,40	-0,19	0,01	0,65	0,74	
AUTOSVA	0,77	0,85	0,88	0,34	-0,82	-0,81	-0,22	-0,02 0,39	-0,39	0,45	0,93	0,75	0,75	1,00	0,78	0,62	-0,57	0,81	0,09	-0,61	-0,22	0,93	0,85	
INSODCORP	0,49	0,66	0,62	0,36	-0,64	-0,65	-0,18	0,01 0,30	-0,30	0,32	0,74	0,54	0,48	0,78	1,00	0,34	-0,48	0,96	0,05	-0,54	-0,15	0,77	0,67	
PROBSEX	0,19	0,31	-0,12	0,65	-0,37	-0,38	-0,73	-0,59 0,59	0,57	-0,57	-0,11	-0,25	-0,24	0,05	0,18	0,27	-0,62	0,18	-0,67	-0,55	-0,63	0,22	-0,09	
INSICOET	0,76	0,79	0,58	0,44	-0,76	-0,66	-0,51	-0,34 0,34	0,08	0,05	0,51	0,32	0,45	0,62	0,34	1,00	-0,57	0,38	-0,26	-0,56	-0,52	0,64	0,50	
INSENSOC	-0,55	-0,68	-0,41 0,81	-0,81	0,72	0,80	0,80	0,70 0,32	-0,34	-0,42	-0,17	-0,17	-0,57	-0,48	-0,57	1,00	-0,55	0,60	0,89	0,73	-0,71	-0,38		
PROBFAM	-0,37	-0,36	0,03 0,60	-0,60	0,47	0,39	0,72	0,64 0,64	-0,64	0,51	0,14	0,29	0,07	-0,08	0,03	-0,55	0,48	-0,01	0,65	0,47	0,80	-0,19	0,06	
ABUINF	0,54	0,55	0,81 0,10	-0,10	-0,46	-0,44	0,18	0,28 0,64	-0,64	0,68	0,79	0,76	0,71	0,69	0,48	0,40	-0,17	0,47	0,44	-0,15	0,13	0,59	0,79	
DISALIM	0,52	0,69	0,64	0,44	-0,66	-0,68	-0,22	-0,06 0,25	-0,25	0,29	0,75	0,56	0,48	0,81	0,96	0,38	-0,55	1,00	-0,01	-0,60	-0,17	0,80	0,68	

ABUSOST	- 0,06	- 0,13	0,20 0,75	-	0,24	0,22	0,88	0,85	- 0,84	0,80	0,26	0,45	0,40	0,09	0,05	-0,26	0,60	-0,01	1,00	0,64	0,75	-0,12	0,23
TENDELINQ	- 0,55	- 0,68	-0,43 0,81	-	0,73	0,72	0,80	0,66	- 0,33	0,29	-0,46	-0,20	-0,19	-0,61	-0,54	-0,56	0,89	-0,60	0,64	1,00	0,69	-0,74	- 0,39
IMPULS	- 0,42	- 0,47	-0,08 0,71	-	0,54	0,55	0,87	0,76	- 0,63	0,53	-0,02	0,24	0,01	-0,22	-0,15	-0,52	0,73	-0,17	0,75	0,69	1,00	-0,39	- 0,08
ANSIA	0,38	0,48	0,15	0,86	-0,55	-0,54	-0,93	- 0,80	0,62	-0,59	0,12	-0,12	-0,05	0,30	0,24	0,54	-0,82	0,31	-0,86	-0,84	-0,82	0,49	0,09
DEPCLIN	0,76	0,87	0,81	0,50	-0,85	-0,83	-0,43	- 0,19	- 0,21	0,26	0,85	0,63	0,65	0,93	0,77	0,64	-0,71	0,80	-0,12	-0,74	-0,39	1,00	0,79
TS	0,70	0,75	0,88	0,11	-0,69	-0,64	-0,05	0,13	- 0,49	0,62	0,89	0,77	0,74	0,85	0,67	0,50	-0,38	0,68	0,23	-0,39	-0,08	0,79	1,00

Bibliografia

Achenbach TM: Manual for the Young Adult Self-Report and Young Adult Behavior Checklist. Burlington, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1997

Achenbach TM: Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991

American Psychiatric Association (2000), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali –Text Revised (DSM-IV-TR)*. Trad. it. Masson, Milano, 2004.

Ammaniti, M. (2002), *Manuale di psicopatologia dell'adolescente*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Ammaniti, M., Muscetta, S. (2001), “Il disturbo borderline di personalità in adolescenza. Quesiti diagnostici ed evolutivi”. In Novelletto, A., Masina, E. (2001), *I disturbi di personalità in adolescenza –Borderline, antisociali, psicotici*. Franco Angeli, Milano.

Bernstein, D.P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgianian, S., Brook, J.S. (1996), “Childhood antecedents of adolescent personality disorders”. In *American Journal of Psychiatry*, 153:907-913.

Bernstein, D.P., Cohen, P., Velez, CN., Schwab-Stone, M., Siever, L.J., Shinsato, L. (1993), “Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents”. In *American Journal of Psychiatry*, 150:1237-1243.

De Vito, E. (2002), “Disturbi di personalità e disturbo borderline in adolescenza”. In Ammaniti, M. (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'adolescente*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Erikson, E.H. (1956), “Il problema dell'identità dell'Io”. Trad. it. in Erikson, E. H. (1956), *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*. Roma: Armando, 1991.

Ferdinand RF, Verhulst FC (1995a) Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1586-1594

Grinker R.R. Sr., Werble B., Dyre R.C. (1968). *The Borderline Syndrome*. New York: Basic Books.

Hauser, S., Power, S., Noam, G. (1991), *Adolescents and their families: paths of ego development*. Free Press, New York.

Hofstra, M. B., Van Der Ende, J., Verhulst, F.C. (2002b), "Child and Adolescent Problems Predict DSM-IV Disorders in Adulthood: A 14-Year Follow-up of a Dutch Epidemiological Sample". In *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 41(2):182-189.

Hofstra, M.B., Van der Ende, J., Verhulst, F.C. (2002a), "Pathways of Self-Reported Problem Behaviors From Adolescence Into Adulthood". In *Am J Psychiatry* Vol. 159, pp. 401-407.

Kernberg, O. (1984), *Disturbi gravi della personalità*. Trad. it. Bollati Boringhieri, Torino 1987.

Kernberg, O. (2001), "La diagnosi di patologia narcisistica in adolescenza". In Novelletto, A., Masina, E. (2001), *I disturbi di personalità in adolescenza –Borderline, antisociali, psicotici*. Franco Angeli, Milano.

Kernberg, P., Weiner, A.S., Bardenstein, K.K., (2000), *I disturbi della personalità nei bambini e negli adolescenti*. Trad. it. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2001.

Knight R.P. (1953). Borderline states. *Bull. Menninger Clin.*, 17: 1-12. Anche in *Clinician and Therapist: Selected Papers of Robert P. Knight* (Miller S.C., editor). New York: Basic Books, 1972, pp. 208-223.

Migone P. (1990c). Evoluzione storica del concetto di "borderline". *Il Ruolo Terapeutico*, 55: 30-34.

Novelletto, a., Masina, E. (2001), *I disturbi di personalità in adolescenza –Borderline, antisociali, psicotici*. Franco Angeli, Milano.

Reitz, E., Deković, M.; Meijer, A. (2005) “The Structure and Stability of Externalizing and Internalizing Problem Behavior During Early Adolescence”. In *Journal of Youth and Adolescence*, Volume 34, Number 6, pp. 577-588

Stern A. (1938). Psychoanalytic investigations and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal. Q.*, 7: 467-489.

Verhulst FC, Van der Ende J, Koot HM: [Manual for the Youth Self-Report (YSR)]. Rotterdam, the Netherlands, Erasmus University, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Sophia Children’s Hospital, 1997 (Dutch)

Verhulst, F.C., Ferdinand, R.F. (1995b) “Psychopathology in Dutch young adults: enduring or changeable?”. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 30 (2), pp. 60-64.

Westen, D., Chang, C.M. (2000), “La patologia della personalità in adolescenza”. Trad.it. in Westen, D., Shedler, J., Lingardi, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Westen, D., Shedler, J. (1999a), “Revisione e valutazione dell’asse II. Parte I: lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido”. Trad.it. in Westen, D., Shedler, J., Lingardi, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Westen, D., Shedler, J. (1999b), “Revisione e valutazione dell’asse II. Parte II: verso una classificazione dei disturbi della personalità empiricamente fondata e clinicamente utile”. Trad.it. in Westen, D., Shedler, J., Lingardi, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., Martens, A. (2003), "Personality diagnoses in adolescence: DSM IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative". In *American Journal of Psychiatry*, 160:952-966.

Westen, D., Shedler, J., Lingardi, V. (2003), *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Westen, D., Weinberger, J. (2004), "When clinical description becomes statistical prediction". In *American Psychologist*. Vol. 59 (7), pp. 595-613.