

COMPENDIO DI PSICHIATRIA DELL'ADOLESCENZA

a cura di
Teresa Iole Carratelli
Monica Santacroce



Copyright © MMVII
ARACNE editrice S.r.l.

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

via Raffaele Garofalo, 133 a/b
00173 Roma
(06) 93781065

ISBN 978-88-548-1058-7

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: marzo 2007

*Raccogliamo quello che altri hanno seminato
e seminiamo quello che altri raccoglieranno*

Paolo Tarso

Indice

CAPITOLO I. <i>Disturbi della personalità in età evolutiva</i>	11
I.1 Componenti della personalità	15
I.2 Etiopatogenesi dei disturbi di personalità	17
I.3 Diagnosi nosografica dei disturbi di personalità	22
I.4 L'approccio di P. Kernberg ai disturbi di personalità	25
I.5 Il contributo di F. Palacio Espasa	27
I.6 La patologia della personalità in adolescenza: il contributo di Westen e di Shedler	28
I.7 Categorie e Dimensioni	32
BIBLIOGRAFIA	34
CAPITOLO II. <i>Il disturbo borderline di personalità</i>	37
II.1 Ipotesi etiopatogenetiche	40
II.2 Il modello biopsicosociale di Joel Paris	46
II.3 Riabilitazione e cura del paziente borderline	47
II.4 L'azione riabilitativa sull'ambiente	49
II.5 Strutture riabilitative: le strutture intermedie	50
BIBLIOGRAFIA	53
CAPITOLO III. <i>Disturbo antisociale di personalità</i>	55
III.1 Ipotesi etiopatogenetiche	60
III.2 Teoria psicodinamica	64
III.3 Teoria cognitivo-evoluzionista	70
III.4 La riabilitazione nel paziente con DPA	71
III.5 Modelli di trattamento	72
III.5.1 Trattamenti psicosociali	72
III.5.2 Terapie familiari	73
III.5.3 Terapia multisistemica	74
III.5.4 Psicoterapie	75
III.6 Trattamento residenziale	80
III.7 Trattamento farmacologico	83
III.8 Giustizia e minori	85
BIBLIOGRAFIA	88
CAPITOLO IV. <i>I disturbi dell'umore in età evolutiva</i>	93
IV.1 Ipotesi etiopatogenetiche	98

IV.2 Teoria psicodinamica	104
IV.3 Il suicidio	106
IV.4 Riabilitazione nei disturbi dell'umore	108
IV.5 Problemi psico-sociali nel disturbo bipolare	109
IV.6 Interventi psico-sociali	110
IV.7 Psicoterapie specifiche per episodi depressivi	111
IV.8 Terapie specifiche per gli episodi maniacali	112
IV.9 Terapia farmacologica	113
IV.9.1 I sali di litio	115
IV.9.2 Farmaci anticonvulsivanti stabilizzanti del tono dell'umore	118
IV.9.3 Nuovi antiepilettici utilizzati come stabilizzanti del tono dell'umore	121
IV.9.4 Benzodiazepine	122
IV.9.5 Antipsicotici tipici	122
IV.9.6 Antipsicotici atipici	123
IV.9.7 Antidepressivi	124
IV.9.8 Nuove opzioni terapeutiche	124
IV.10 Problemi relativi alla compliance nella terapia farmacologica	125
BIBLIOGRAFIA	129
CAPITOLO V. <i>Schizofrenia</i>	131
v.1 Teorie e modelli di intervento nella riabilitazione psichiatrica	138
v.1.1 Modello sistemico-relazionale	139
v.1.2 Modello di Ciompi	140
v.1.3 Modello psicoanalitico	140
v.1.4 Modello di social skills training (cognitivo-comportamentale)	144
v.1.5 Modello psicosociale di Spivak	145
v.1.6 Modello biopsicosociale	145
v.2 Trattamento riabilitativo	149
v.3 Trattamento farmacologico	149
v.4 Utilizzo degli psicofarmaci	150
v.4.1 Antipsicotici	152
v.4.2 Antipsicotici "tipici"	153
v.4.3 Clozapina	154
v.4.4 Risperidone	154
v.4.5 Olanzapina	155

v.5 Percorso riabilitativo: dalla degenza psichiatrica al territorio	155
BIBLIOGRAFIA	162
CAPITOLO VI. <i>I disturbi del comportamento alimentare</i>	165
VI.1 Dalla “santa anoressia” al DSM–IV	165
VI.2 Epidemiologia	169
VI.3 Aspetti psicobiologici	171
VI.4 L'adolescente con disturbo alimentare: una descrizione	172
VI.5 La famiglia	175
VI.6 Le condotte additive: la dipendenza	178
VI.7 I disturbi alimentari tra comorbidità e “psicopatologie”	180
VI.8 Approccio terapeutico	184
BIBLIOGRAFIA	186
CAPITOLO VII. <i>La dipendenza e l'abuso di sostanze psicotrope (ecstasy e cocaina)</i>	189
VII.1 Introduzione	189
VII.2 Ecstasy	192
VII.3 Storia e alcuni usi terapeutici	194
VII.4 Uso “ricreazionale”	195
VII.5 Gli studi sperimentali sul SNC	197
VII.6 Cocaina	200
VII.7 Fattori di rischio	205
VII.8 L'adolescente e la dipendenza	207
VII.9 Le sostanze psicotrope nelle dinamiche adolescenziali e familiari	211
BIBLIOGRAFIA	216
CAPITOLO VIII. <i>Cannabis: uso, abuso, dipendenza</i>	221
VIII.1 Introduzione	221
VIII.2 Biochimica ed effetti farmacologici	221
VIII.3 Uso, abuso, dipendenza	224
VIII.4 Comprensione psicodinamica della dipendenza ...	236
VIII.5 Prospettive di prevenzione e trattamento	237
BIBLIOGRAFIA	238

Capitolo I

Disturbi della personalità in età evolutiva

FEDERICO FORTUGNO, SILVIA FORTUGNO, TERESA CARRATELLI

I Disturbi di Personalità nell'età adulta hanno un profondo e prolungato impatto sull'individuo, sulla famiglia e sulla società (Ruegg e Frances, 1995). Le stime raggiungono il 10–11% della popolazione generale (Weissman, 1993) e il 50% di quelli che ricevono un trattamento psicoterapico (Merikangas e Weissman, 1986). La ricerca epidemiologica indica un'alta prevalenza di disturbi di personalità anche nella fascia d'età tra i 9 e i 19 anni (Bernstein et al., 1993), nonostante tale condizione clinica abbia ricevuto storicamente meno attenzione da parte dei clinici e dei ricercatori rispetto ad altri disturbi psichiatrici.

I Disturbi di Personalità vengono definiti nel DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) come modelli di esperienza, di adattamento e relazione relativamente duraturi e pervasivamente disadattativi. È dunque tale definizione che solleva il dubbio su come bambini e adolescenti possano, così immersi in processi evolutivi assolutamente incerti, essere definiti da una simile diagnosi. Fino a poco tempo fa, è stato ampiamente discusso il problema se modelli di esperienza, adattamento e relazione di un bambino e di un adolescente, potessero fissarsi in modo rigido e disadattativo.

Se però si considera all'interno del concetto di personalità la radice evolutiva che trae origine dall'osmosi che si realizza costantemente, per tutta la vita, tra l'individuo e l'ambiente e che deve adempiere a compiti evolutivi specifici e diversi il cui fine ultimo è il raggiungimento di un adattamento sociale consono alla fase di sviluppo, è possibile allora individuare «una deviazione dalla norma del sistema di personalità, che anche in età evolutiva può caratterizzarsi per un marcato disadattamento nel funzionamento atteso in quel particolare momento di vita del bambino» (Levi, Romani, 1999).

Infatti, nell'arco degli ultimi 20 anni una ricerca evolutiva sempre più estesa e studi prospettici hanno fornito una base empirica per comprendere le interazioni dei fattori genetici e psicosociali che creano i fattori di rischio e le influenze protettive che forgianno i modi in cui i bambini generano, organizzano e strutturano le loro esperienze soggettive, i loro meccanismi di coping e i loro modelli di rapporto (Beeghly e Cicchetti, 1994; Cicchetti e Rogosch, 1997; Cicchetti e Toth, 1995; Fonagy, 2000a; Fonagy e Target, 1997; Perry e Pollard, 1998; Rutter, 1987, 1999; Sroufe, 1997; Wyman et al., 1999).

Tali studi convalidano la teoria di Paulina Kernberg (1990) e quella di Kernberg, Weiner e Bardenstein (2000) secondo cui i bambini mostrano modelli caratteristici di percezione, relazione e pensiero sull'ambiente e su loro stessi, e tratti quali impulsività, introversione, egocentrismo, ricerca di novità, inibizione, socievolezza, attività e molti altri. Kernberg ha aggiunto che questi tratti e questi modelli perdurano nell'arco del tempo e delle situazioni, e giustificano la diagnosi di disturbo di personalità a prescindere dall'età quando diventano rigidi, disadattativi e cronici, causano un notevole deficit funzionale e producono grave difficoltà soggettiva.

Senza dubbio, come avverte Shapiro (1990), solo una ricerca rigorosa può stabilire la validità del costrutto di "disturbo di personalità" nei bambini e negli adolescenti. Inoltre, l'alta prevalenza di diagnosi appartenenti all'Asse I osservata in questi bambini, come il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività, dislessia, disturbo di alimentazione, disturbo somatoforme, ansia da separazione, disturbo dell'umore e disturbo post-traumatico da stress, solleva il dubbio se i disturbi di personalità siano in realtà forme atipiche, complicate oppure forme gravi delle diagnosi dell'Asse I.

Nello specifico, una storia di maltrattamento, soprattutto di abuso fisico e sessuale, ha spinto alcuni autori (Herman, 1992a e 1992b; Herman, Perry e van der Kolk, 1989) a dichiarare che il termine "borderline" è poco più che una diagnosi peggiorativa per quegli individui sofferenti per una condizione post-traumatica complessa dovuta al protrarsi di abuso e persecuzione.

È necessario a questo punto introdurre qualche dato della letteratura sul concetto di continuità in psicopatologia.

Gli studi epidemiologici di Fleming e Offord conosciuti come Ontario Child Health Study Follow-up, e quelli europei di Ferdinand e Verhulst, mostrano ad esempio che i disturbi depressivi maggiori in età adulta sono molto più frequenti negli adolescenti depressi rispetto ai controlli; questi studi mostrano anche la presenza di continuità tra disturbo depressivo infantile e adolescenziale così come tra disturbo della condotta nell'infanzia e personalità antisociale successiva. Ma vi sono molti altri dati in letteratura a favore della continuità nella psicopatologia: bambini con attaccamento insicuro all'età di 18 mesi vanno incontro a difficoltà interpersonali nell'infanzia e scarsa autostima e competitività in adolescenza; bambini timidi ed inibiti saranno adolescenti ansiosi ed inibiti; bambini aggressivi tendono a diventare adolescenti e adulti antisociali; ragazzi impulsivi e ragazze ipercontrollate hanno più probabilità di essere depressi nella tarda adolescenza.

In particolare è stata, poi, sottolineata una continuità tra disturbi dell'Asse I e disturbi dell'Asse II: bambini con disturbi dell'Asse I tendono infatti a sviluppare un disturbo dell'Asse II in adolescenza e ciò diventa particolarmente vero quando siamo in presenza di comorbidità. Ogni seconda diagnosi di Asse I in età infantile raddoppia la possibilità di un disturbo di Asse II, tanto che, secondo alcuni, la comorbidità non sarebbe altro che il segno della presenza di un disturbo della personalità già nell'infanzia. Lo spettro dei disturbi di Asse I ad insorgenza infantile che risulta connesso con disturbi della personalità nelle età successive è ampio: disturbi della condotta, disturbi d'ansia, disturbi oppositivi, disturbi depressivi, fobia sociale.

Crediamo che considerare tale rapporto sia di notevole importanza, in quanto potrà permettere di arrivare a formulare un modello più preciso per la patogenesi dei disturbi della personalità e di affrontare più liberamente questo tema anche in età infantile.

Paulina Kernberg orienta la sua ricerca proprio a dimostrare la continuità psicopatologica nell'area dei disturbi della personalità, una continuità che non riguarda soltanto il passaggio dall'adolescenza all'età adulta, ma anche quello dall'infanzia all'adolescenza. Il contributo di questa psichiatra infantile di fama internazionale è importante anche in quanto sollecita il clinico a non fermarsi, nel suo incontro

con il paziente, ai criteri sintomatici che guidano la diagnosi categoriale del DSM, ma di andare più in profondità alla ricerca della definizione delle caratteristiche della personalità di base. Il concetto di organizzazione di personalità permette una visione integrata dell'individuo, evitando il rischio insito nei criteri del DSM di ridurlo ad una somma di comportamenti isolati non radicati in una matrice più ampia dell'insieme dei tratti individuali: è questa organizzazione di base che modula e modifica la fenomenologia del disturbo e la sua prognosi. Pensiamo ad esempio all'importanza di una diagnosi differenziale tra un episodio depressivo che fa parte di una personalità borderline rispetto a quello che si inserisce in un disturbo di personalità di tipo nevrotico (cluster C). Ad un altro livello, l'ansia viene sempre più spesso considerata come un sintomo isolato, senza la preoccupazione di valutare se essa sia inserita in una organizzazione sovraordinata di personalità, elemento indispensabile sia per la diagnosi che per il trattamento.

Vorremmo sottolineare a questo punto un contributo fondamentale allo studio dei disturbi di personalità in età evolutiva: quello della psicopatologia dello sviluppo. Un disturbo di personalità in età evolutiva non è necessariamente un equivalente precoce di un disturbo di personalità in età adulta; lo può diventare con il tempo, ma meno frequentemente in una soluzione di continuità diretta. Infatti le traiettorie di sviluppo, in relazione a fattori esterni ed interni dell'individuo, consentono al bambino un ventaglio di soluzioni patologiche e quindi non sempre diretti equivalenti di un disturbo di personalità adulto. La personalità patologica nell'infanzia, quindi, si veste di una semeiotica distinta, fase di sviluppo-dipendente. Dunque, è necessario tenere in considerazione il processo per cui, in ciascuna fase dello sviluppo, si formano un'identità e una personalità appropriate all'età. Ignorare la linea di sviluppo dell'identità che si viene strutturando, significa ignorare i modi in cui lo sviluppo della personalità può essere intaccato negativamente ad ogni età.

I. 1 Componenti della personalità

Negli ultimi decenni la ricerca ha aumentato notevolmente le proprie conoscenze riguardo alla personalità in evoluzione del bambino, incluso l'emergere di un senso di identità, la modulazione degli affetti, lo stile del pensiero e il modo di mettersi in relazione con il mondo esterno, che ha implicazioni per lo sviluppo di Disturbi di Personalità nell'età evolutiva.

In rapporto per esempio allo sviluppo di un senso di sé, è stato rilevato che il riconoscimento di sé nello specchio attraverso il nome si ha verso i tre anni; un senso di vergogna, che implica autoconsapevolezza, emerge prima dei due anni (Lewis, 1993). L'impulsività, che ha una base biologico-temperamentale e che, quando è disadattativa, è una componente intrinseca del disturbo borderline di personalità, compare precocemente nello sviluppo e diviene più modulata con l'età (Achenbach et al., 1995; Bernstein et al., 1993). L'empatia, per il suo ruolo nelle relazioni tra sé e gli altri, è una componente di base del funzionamento interpersonale, e si sviluppa nella prima infanzia (Hoffman, 1977), con chiari segni a partire dai due anni di età. Secondo Selzer et al. (1987) deviazioni nell'empatia sono una componente di alcuni disturbi di personalità, in particolare dei disturbi narcisistici e antisociali. Un'altra componente della personalità, cioè lo stile del pensiero e la presenza di un sistema di ragionamento operatorio concreto (Piaget, 1950), è già evidente nella seconda e terza infanzia. Differenze nello stile del linguaggio espressivo sono state individuate nei bambini di età scolare, come la distinzione tra affilatori (*sharpeners*), che hanno uno stile analitico e che guarda al dettaglio, e livellatori (*levellers*), la cui espressione è globale e carica di affettività.

P. Kernberg e coll. (2000) suggeriscono tale definizione della personalità normale in bambini e adolescenti:

un bambino o un adolescente normale può essere descritto come uno il cui funzionamento avviene secondo le leggi dello sviluppo, per quanto riguarda le aspettative legate al genere, che ha stabilito un senso di identità appropriato all'età, e che ha accesso ai livelli più evoluti di difese normalmente accettati per l'età, specialmente dimostrato dall'abbondanza di

risorse nell'uso adattativo e flessibile dei meccanismi di coping e di difesa. Tale bambino è capace di stabilire relazioni con gli altri, di anticipare gli eventi, di eseguire e completare compiti accademici e non accademici e di usare lo humor e la sublimazione. Le relazioni sociali del giovane riflettono una capacità di empatia e di mutualità, una preoccupazione per gli altri e l'abilità di avere veri amici e non amicizie meramente casuali. Il bambino può ritardare le reazioni impulsive e si mostra capace di riflettere su di sé e fare un buon test di realtà, nonché di avere un senso sviluppato della realtà. L'identità del bambino include un solido funzionamento superegoico, espresso dalla capacità di conoscere le regole, di apprendere dagli errori, di sperimentare rimorso e compiere gesti riparativi.

P. Kernberg descrive inoltre le componenti che, interagendo tra loro, contribuiscono alla costruzione della personalità normale o dei disturbi di personalità: «Il temperamento è la disposizione del bambino all'interazione con il mondo e influenza sia la natura e lo stile dell'approccio del bambino che la reattività agli altri; costituisce una tendenza innata, geneticamente determinata».

L'identità è «il senso di sé costante e continuo nel tempo» e il riconoscimento da parte degli altri di queste qualità del sé (come affermava già Erikson nel suo lavoro pionieristico del 1959). L'identità origina nella relazione precoce madre-bambino, ma il suo consolidamento è centrale per lo sviluppo normale dell'adolescente: egli deve svolgere un lavoro di sintesi, liberandosi dalle precedenti identificazioni e introiezioni per costruirsi un'identità personale integrata. Le caratteristiche di un'identità normale sono: un'immagine corporea realistica, un senso soggettivo di costanza del sé, atteggiamenti e comportamenti coerenti, una continuità temporale dell'esperienza di sé, genuinità ed autenticità, chiarezza per quanto riguarda il genere, una coscienza interiorizzata e un senso di appartenenza etnica.

I meccanismi di difesa sono il modo in cui l'Io reagisce ai conflitti, in cui esso si protegge da tensioni e pericoli; provocati inizialmente da sentimenti di colpa, vergogna, angoscia, divengono con il tempo comportamenti strutturati nella personalità. Già Anna Freud (1936) ne descriveva dettagliatamente nove: regressione, formazione reattiva, annullamento retroattivo, introiezione, identificazione, proiezione, rivolgimento contro la propria persona, inversione nel contrario e

sublimazione. P. Kernberg, nel 1994, propone una differenziazione dei meccanismi di difesa:

Difese normali (che ritroviamo nella personalità normale): humor, sublimazione, repressione.

Difese nevrotiche (che caratterizzano l'organizzazione nevrotica di personalità): proiezione, isolamento, annullamento, rimozione, intellettualizzazione, razionalizzazione, rivolgimento verso di sé.

Difese borderline (che caratterizzano l'organizzazione borderline di personalità: disturbo di personalità borderline, antisociale, istrionico e narcisistico): idealizzazione, scissione, diniego, identificazione proiettiva, svalutazione, acting out.

Difese psicotiche (che caratterizzano l'organizzazione psicotica di personalità): ipocondria, coartazione, deanimazione, incapsulamento autistico, fusione.

Inoltre, le persone con organizzazione di personalità normale o nevrotica mostrano la capacità di esprimere e di verbalizzare un ampio spettro di affetti verso gli altri e di spostarsi in modo modulato da un affetto all'altro. Al contrario, persone con gravi disturbi di personalità od organizzazione borderline di personalità sono caratterizzate da uno spettro ristretto di affetti, mostrano una modulazione limitata entro lo stesso affetto e si spostano improvvisamente da un affetto all'altro.

Anche il genere rappresenta una dimensione fondamentale attorno alla quale avvengono le identificazioni dei bambini e che influenza il modo in cui essi reagiscono agli altri.

I disturbi neuropsicologici dello sviluppo, quando presenti, rappresentano un esempio di come deficit organici possano giocare un ruolo centrale nello sviluppo della personalità e quindi in alcuni disturbi della personalità.

1.2 Etiopatogenesi dei Disturbi di Personalità

I primi tentativi di comprendere i disturbi di personalità in età evolutiva sono radicati nel campo della teoria psicoanalitica: Aichhorn, per comprendere e curare giovani delinquenti, riconosce-

va la rilevanza della motivazione inconscia e l'importanza dello sviluppo primario e dei primi rapporti nel plasmare l'esperienza psichica. All'inizio degli anni Cinquanta il lavoro originario di Aichhorn aveva già ispirato un numero di importanti contributi alla comprensione psicoanalitica della delinquenza. Redl e Wineman (1951, 1957) descrivevano la mancanza di controllo dell'Io alla base delle difficoltà dei "bambini che odiano". Johnson e Szurek (1952) vagliavano le rappresentazioni da parte di adolescenti delle inconsce tendenze a delinquere dei loro genitori. Winnicott (1958) interpretava la tendenza antisociale come un tentativo di mettere alla prova e stabilire rapporti; e più tardi (1965) affermava che «la tendenza antisociale proviene sempre da una deprivazione e rappresenta l'esigenza del bambino di tornare, al di là della deprivazione, alla situazione che la precedeva, quando tutto andava bene».

Più tardi Mahler, Pine e Bergman (1975) e O. Kernberg (1975) presentavano una serie di concetti chiave destinati a diventare la struttura fondamentale per la comprensione psicoanalitica della genesi dei disturbi di personalità gravi. Secondo il concetto di Mahler della separazione-individuazione, durante i primi tre anni di vita i bambini attraversano una serie di fasi evolutive in cui essi:

- internalizzano alcune delle funzioni calmanti e sostenitrici di equilibrio inizialmente svolte esclusivamente dai caregiver (quello che Winnicott, 1965, chiamava "l'ambiente capace di holding") e acquisiscono la capacità di svolgere queste funzioni con un certo grado di autonomia;

- mettono in pratica competenze dell'Io e le usano per espandere la loro conoscenza di se stessi e quella del mondo, comprendendo inoltre come suscitare le reazioni desiderate dall'ambiente;

- incorporano le presentazioni "buone", piacevoli e sicure, e quelle "cattive", spiacevoli e pericolose del sé e degli altri.

Queste conquiste consentono successivamente ai bambini di accettare la realtà della propria esistenza come individui separati e di sviluppare la costanza dell'oggetto, che è la capacità di mantenere i rapporti e di evocare immagini affettuose e consolatorie dei caregiver anche in loro assenza oppure quando si è in collera con loro.

Otto Kernberg (1967, 1975) cercò, con i suoi autorevoli contributi, di definire “borderline” come un livello evolutivo nella organizzazione della personalità. Secondo Kernberg il punto cruciale della personalità borderline è il bisogno difensivo continuo di conservare una scissione interna tra due gruppi di unità sé-oggetto: una rappresentazione del sé “buona” unita ad una rappresentazione dell’oggetto “buona” per mezzo di sensazioni libidiche di piacere, sicurezza e soddisfazione, da un lato, e una “cattiva” rappresentazione del sé unita a una “cattiva” rappresentazione dell’oggetto per mezzo di sensazioni di tensione, difficoltà, dolore, collera e frustrazione, dall’altro. Per Kernberg il bisogno difensivo di scissione deriva dal peso dell’aggressività eccessiva dei bambini, come risultato o di un carico genetico o di una frustrazione eccessiva. Tale scissione preclude un’integrazione vera e propria della rappresentazione del sé e dell’oggetto e quindi interferisce con il raggiungimento sia dell’identità coesiva che della costanza dell’oggetto. Secondo Kernberg molti disturbi di personalità (il narcisistico, lo schizoide, il paranoideo e l’antisociale) funzionano generalmente a questo livello borderline di organizzazione di personalità.

Tale uso allargato del termine “borderline” ha avuto risonanza tra i clinici che si occupavano dell’età evolutiva. Per esempio, Pine (1974) definiva la condizione “borderline” di bambini e adolescenti come un gruppo di disturbi con caratteristiche evolutive e strutturali comuni, sebbene con manifestazioni cliniche sostanzialmente diverse.

Diversi psicoanalisti, nel tentativo di comprendere i problemi evolutivi e clinici di giovani con disturbi gravi di personalità, hanno concettualizzato questi problemi in termini di scissione e distorsione del processo di separazione-individuazione di Mahler. La letteratura psicoanalitica è arrivata ben presto ad attribuire questi problemi evolutivi al fallimento genitoriale, soprattutto materno. Per esempio, Adler (1985) ipotizzava che l’aspetto centrale della psicopatologia borderline stia nel deficit di internalizzazione di un oggetto calmante e consolatorio conseguente all’insuccesso del genitore nel fornire un “ambiente di sostegno” adeguato. La conseguenza di questo insuccesso sul bambino è uno stato di vuoto interiore, un affidarsi a tentativi manipolativi di assicurarsi l’attenzione degli altri e l’uso di droghe o di cibo per calmare e consolare. Questa dipendenza dagli aiuti ester-

ni è simile all'affidarsi dei bambini piccoli a oggetti ed esperienze transizionale, così come descritto da Winnicott (1953).

Su presupposti simili, Masterson (1981), Masterson e Rinsley (1975), e Rinsley (1980a, 1984, 1989) sostengono che modelli specifici di interazione madre–neonato ostacolano il processo di separazione–individuazione e portano a patologia borderline o narcisistica. Secondo questi autori le madri di futuri bambini narcisistici sono orgogliose e soddisfatte della dipendenza dei loro bambini, e quindi ricompensano il comportamento dipendente, mentre si ritirano o puniscono di fronte ai comportamenti di autonomizzazione. Rinsley (1984) specifica che le madri dei futuri individui “narcisisti” comunicano loro di amarli e di averli a cuore perché essi sono delle persone speciali: questa scelta di armonia e di reazione materna non è diretta, come nel caso delle madri di individui borderline, agli stati depressivi o dolorosi del bambino, ma a quelle sue caratteristiche che rivelano competenza e che meglio esaltano l'autostima della madre e impediscono il suo crollo narcisistico.

Come fa notare Gabbard (1994), le formulazioni psicoanalitiche mettono molta enfasi sullo sviluppo primario, soprattutto sul processo di separazione–individuazione, a scapito di altre fasi sensibili dell'evoluzione, in cui possono aver luogo altri eventi drammatici come l'abuso sessuale; inoltre tali formulazioni si concentrano solo su una fase evolutiva e presuppongono un arresto evolutivo in quella fase. Infine le formulazioni psicoanalitiche, eccetto quelle di Kernberg, si allontanano dalla considerazione dell'importanza di fattori costituzionali: tale omissione ha reso difficile per queste prospettive la spiegazione del perché alcuni bambini esposti, ad esempio, a rapporti materni di dipendenza–gratificazione e di autonomia–punizione non sono di fatto cresciuti per diventare borderline, mentre altri bambini chiaramente non esposti ad un simile ambiente hanno effettivamente sviluppato una personalità borderline.

All'inizio degli anni Novanta modelli teorici in competizione hanno cercato di spiegare i problemi dei giovani delinquenti:

– modelli socioculturali (Cloward e Ohlin; Wichstrom, Skogen e Oia, 1996) hanno riconosciuto l'importanza della classe socioeconomica, dell'etnia, del nucleo familiare, dell'accesso ai servizi sociali,

medici e psichiatrici, delle modalità di allevamento e di socializzazione e delle modalità di esposizione all'alcool e alle droghe;

– modelli di interazione familiare (Patterson, 1982; Patterson, DeBarishe e Ramsey, 1989) hanno posto l'enfasi sull'importanza della violenza da parte dei genitori, di grave conflittualità coniugale e dell'insufficienza dei genitori nel fornire ai bambini struttura, supervisione e coinvolgimento emotivo;

– modelli neurobiologici hanno sottolineato le influenze genetiche (Brennan, Mednik e Jacobsen, 1995; Christiansen, 1977), vulnerabilità neuropsichiatriche (Siever, 1997; Lewis, 1983; Lewis, Shanok e Balla, 1979), deficit di attenzione (Cantwell, 1981) e depressione (Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas e Finkelsstein, 1984; Kovacs et al., 1984b; Riggs, Baker, Mikulich, Young e Crowley, 1995).

La psicopatologia dello sviluppo (Cicchetti e Cohen, 1995) offre una prospettiva integrata allo studio dei disturbi di personalità. Tale cornice teorica esamina il modo in cui l'intero schieramento di fattori bio-psico-sociali interagisce per provocare sia i fattori protettivi che quelli di rischio che modellano la direzione di traiettorie evolutive adattative e disadattative. La prospettiva della psicopatologia dello sviluppo ci consente di esaminare i meccanismi protettivi conferiti dall'evoluzione della specie umana per affrontare la vulnerabilità biologica e lo svantaggio ambientale: in particolare, l'ambiente delle relazioni fornisce ai bambini meccanismi psicologici di valutazione e di elaborazione che a loro volta regolano l'espressione del gene e si ripercuotono sull'ambiente (Elman et al., 1996; Emde, 1989; Fonagy, 2000; Fonagy e Target, 2001; Rutter, 1999). Il punto centrale di queste prospettive è che i risultati evolutivi sono provocati dall'azione di funzioni psicologiche mediatrici che stabiliscono se fattori ambientali particolari, come il trauma, provocheranno l'espressione di vulnerabilità genetiche. Bleiberg nel 2001 dimostra che nello sviluppo dei bambini affetti da disturbi gravi di personalità, vulnerabilità genetiche specifiche trovano espressione nel contesto dei rapporti di attaccamento atipici che predispongono i bambini a inibire un meccanismo fondamentale di elaborazione, quello della funzione riflessiva.

1.3 Diagnosi nosografica dei Disturbi di Personalità

La classificazione dei criteri diagnostici proposta nel DSM IV resta in campo psichiatrico la cornice di riferimento principale dei Disturbi di Personalità, con la sua dichiarata posizione ateoretica e descrittiva, carica di contraddizioni interne (Lingiardi, Madeddu, 1997). Molti clinici hanno messo in discussione l'utilità dei sistemi diagnostici come il DSM (e l'ICD-10) in rapporto ai disturbi di personalità (Livesley, 1995; Westen, Chang, 2000): le critiche riguardano

- l'alta tendenza dei disturbi di personalità a sovrapporsi tra loro;
- la scarsa capacità dei criteri diagnostici di inquadrare patologie di personalità meno gravi rilevate empiricamente dal clinico;
- la necessità, nel valutare i soggetti in età di sviluppo, di reperire indicatori diversi da quelli usati per gli adulti.

Rimandiamo, comunque, il lettore alla conoscenza dei criteri dei disturbi di personalità del DSM-IV come base di riferimento e punto di partenza per ulteriori riflessioni. Sintetizziamo in questa sede alcuni contributi generali della classificazione contenuta in esso. Il DSM-IV definisce i tratti di personalità come «modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di sé stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti personali e sociali» e li distingue dai disturbi di personalità, che sono definiti in base ai seguenti criteri diagnostici:

Un modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative e alla cultura dell'individuo. Questo modello si manifesta in due o più delle aree seguenti:

- cognitività (cioè modi di interpretare sè stessi, gli altri e gli avvenimenti),
- affettività (cioè la varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva),
- funzionamento interpersonale,
- controllo degli impulsi.

Il modello abituale risulta inflessibile e pervasivo in una varietà di situazioni personali e sociali.

Il modello abituale determina un disagio clinicamente significativo e una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e di altre aree importanti.

Il modello è stabile e di lunga durata e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta.

Il modello abituale non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale.

Il modello abituale non risulta collegato agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per esempio una droga o un farmaco) o di una condizione medica generale (per esempio un trauma cranico).

Il disturbo di personalità comporta quindi un grave impatto sulla maggior parte delle sfere della vita di una persona: il lavoro o la scuola, l'interazione con i pari e con la famiglia, il funzionamento cognitivo ed emotivo, le relazioni con la realtà in generale. La non flessibilità, l'impatto disadattativo su di sé e su gli altri e la qualità di funzionamento che persiste nel tempo, nonostante i numerosi cambiamenti comportamentali che si possono verificare nel corso dello sviluppo, rappresentano caratteristiche dei disturbi di personalità in adolescenza. Il DSM IV codifica i disturbi di personalità sull'asse II, raggruppandoli in 3 cluster: gruppo A (paranoide, schizoide e schizotipico); gruppo B (borderline, narcisistico, antisociale, isterico e istrionico); gruppo C (ossessivo-compulsivo, evitante e dipendente). Presentiamo i criteri generali di diagnosi del DSM per ciascun disturbo:

Gruppo A

Disturbo di Personalità Paranoide: è caratterizzato da diffidenza e sospettosità pervasive (ovvero diffuse ampiamente negli stili di comportamento, di pensiero e di sentimento del soggetto). Il tutto generalmente inizia nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti.

Disturbo di Personalità Schizoide: è caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di espressioni emotive.

Disturbo di Personalità Schizotipico: è caratterizzato da una modalità pervasiva di relazioni sociali e interpersonali deficitarie, eviden-

ziate da disagio acuto e ridotte capacità riguardanti le relazioni strette, e da distorsioni cognitive e percettive ed eccentricità nel comportamento,

Gruppo B

Disturbo di Personalità Borderline: è caratterizzato da instabilità nelle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti associato ad una marcata impulsività.

Disturbo di Personalità Narcisistico: un pattern pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia.

Disturbo di Personalità Antisociale: Non è riconosciuto dal DSM-IV nei minori di 18 anni: i bambini e gli adolescenti che mostrano caratteristiche DPAS sono per lo più diagnosticati come disturbo della condotta. Per quanto riguarda i criteri diagnostici osserviamo un quadro di inosservanza e violazione dei diritti degli altri.

Disturbo di Personalità Isterico (e Istrionico): pattern pervasivo di eccessiva emotività e ricerca di attenzione che è presente in diversi contesti.

Gruppo C

Disturbo di Personalità Dipendente: Una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, che è presente in una varietà di contesti.

Disturbo di Personalità Evitante: Secondo il DSM IV, è caratterizzato da un pattern pervasivo di: inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità alle valutazioni negative.

Disturbo di Personalità Ossessivo-Compulsivo: è caratterizzato da preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza.

Ricordiamo inoltre che il DSM IV propone la diagnosi di Disturbo di Personalità non altrimenti specificato (NAS) qualora il clinico rilevi la presenza di caratteristiche di uno o più DP specifici che non soddisfino completamente i criteri per nessun DP. Oppure se si rileva un DP non incluso nella classificazione (ad esempio: DP auto-frustrante).

1.4 L'approccio di P. Kernberg ai Disturbi di Personalità

P. Kernberg, insieme con A. Weiner e a K. Bardenstein, presenta nel libro *Personality disorders in children and adolescents* (2000) un approccio clinico binario alla valutazione dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti, per come si evidenziano tramite pattern comportamentali descrittivi di specifici disturbi di personalità oppure tramite caratteristiche strutturali che sottendono le organizzazioni di personalità di base. Per la descrizione dei pattern comportamentali dei disturbi di personalità nell'età evolutiva vengono utilizzati i criteri diagnostici generali del DSM IV, con l'unica modifica per cui l'insorgenza deve essere fatta risalire almeno ai primi anni scolari, mantenendo la definizione base dei disturbi di personalità come pattern disadattativi e perduranti di pensieri, sentimenti e comportamenti relativamente stabili nel tempo. Inoltre per le fasce di età di cui ci occupiamo, l'autrice sottolinea l'importanza di distinguere pattern disadattativi persistenti da quelli limitati ad un particolare stadio dello sviluppo, e cioè età-specifici. Rispetto alle caratteristiche strutturali, P. Kernberg distingue tre organizzazioni di personalità:

– L'organizzazione nevrotica di personalità, nella quale include quattro disturbi nevrotici di personalità, e cioè l'Isterico, l'Ossessivo-compulsivo, l'Evitante e l'Autofrustrante. L'organizzazione caratterologica comune di questi disturbi è contraddistinta da un senso integrato di sé, che include sia tratti positivi che negativi, e la capacità di vedere gli altri ugualmente in un modo realistico; una qualche capacità di tollerare l'ansia e di controllare l'impulsività; un super-io o una coscienza integrati anche se severi, e la capacità di stabilire relazioni non superficiali con gli altri, riconoscendo la separatezza e l'uni-

cità di ciascuna persona. Stone (1993) aggiunge che i quattro disturbi condividono anche un'altra caratteristica: l'inibizione nell'affermazione di impulsi socialmente accettabili, quali sentimenti sessuali, aggressivi e irritanti, che vengono espressi con riluttanza nelle situazioni interpersonali. Questi disturbi inibitori vengono caratterizzati da Stone come "egodistonici", cioè causano sofferenza soggettiva, a dispetto dell'integrazione dei sintomi all'interno della struttura di personalità: è più probabile che il paziente nevrotico internalizzi la responsabilità delle proprie difficoltà, al di là di ogni base di realtà, e che ammetta di avere dei sintomi; tutto questo è in contrasto con i pazienti con disturbo di personalità borderline, narcisistico e antisociale, che esternalizzano la responsabilità. Il paziente con disturbo di personalità a livello nevrotico è più probabile che si impegni in un trattamento e che risponda meglio ad esso.

– L'organizzazione borderline di personalità, che comprende i disturbi di personalità del Cluster B (borderline, narcisistico, istrionico e antisociale). Questa organizzazione di personalità è contraddistinta da una diffusione dell'identità (un'immagine del sé cronicamente instabile in termini di coesione, intenzionalità, costanza nel tempo e nelle situazioni, autonomia, genere e valori etici, culturali e ideologici), e meccanismi di difesa primitivi basati sulla scissione (identificazione proiettiva, diniego, idealizzazione primitiva, svalutazione, controllo onnipotente, tutti alla base delle difficoltà nel controllo degli impulsi, nella regolazione degli affetti e nella tolleranza della frustrazione, dell'ansia e della depressione, in modo così grave da interferire con l'adattamento alla realtà esterna ed interna). Questo quadro vede comunque una conservazione della capacità di mantenere il contatto con la realtà, a dispetto della regressione e degli episodi micropsicotici. Descritti come "coerentemente incoerenti", i pazienti borderline sono destinati ad una vita caotica e senza requie, caratterizzata da relazioni instabili e intense, impulsività, rabbia, disturbi dell'identità e comportamenti suicidari. Nei pazienti narcisistici l'organizzazione borderline appare più stabile come risultato degli effetti di mascheramento del sé grandioso che caratterizza il quadro: il sé svalutato è scisso e separato da sé; la scissione e i meccanismi collegati sono presenti, ma la svalutazione è il meccanismo di difesa chiave.

Il disturbo istrionico di personalità è essenzialmente il polo estremo dello spettro isterico. Il disturbo antisociale di personalità è una combinazione del disturbo di personalità narcisistico con un disturbo della condotta.

– L'organizzazione psicotica di personalità, nella quale include le personalità schizotipiche, paranoide ed ipomaniacali, che corrispondono alla schizofrenia, alla psicosi paranoide ed alla psicosi manico-depressiva. Non sono presenti allucinazioni o deliri manifesti, ma comportamenti bizzarri e un'estrema restrizione delle interazioni. Mentre l'organizzazione nevrotica di personalità presenta un'identità integrata e quella borderline presenta una diffusione dell'identità, l'organizzazione psicotica presenta una dispersione dell'identità: non c'è alcuna percezione di una buona o cattiva rappresentazione di sé, quanto piuttosto una perdita dell'io o del senso di "me" come agente; la rappresentazione del sé può essere fusa con quella dell'oggetto così che non ci sono confini tra sé e oggetto: essa può perfino essere confusa con oggetti inanimati o intermedi, come animali. I caratteristici meccanismi di difesa psicotici sono stratagemmi complessi messi in atto per far fronte alle tipiche angosce psicotiche come la caduta senza fine e la paura di svuotarsi all'esterno: l'incapsulamento autistico (una forma di ritiro estremo), il congelamento motorio come l'immobilità, la coartazione del pensiero e dell'affetto, la frammentazione della realtà, la deanimazione, l'animazione di oggetti inanimati allo scopo di esercitare su di essi un controllo totale. Infine l'esame di realtà viene perso: il paziente non solo è alla mercé di esperienze allucinatorie e deliranti, ma non può neppure tenersi separato dagli altri, non può empatizzare con la realtà del terapeuta e non può distinguere gli oggetti animati da quelli inanimati.

1.5 Il contributo di F. Palacio Espasa

Vorremmo ricordare brevemente, per completezza, il contributo di F. Palacio Espasa, che, nel suo libro sulla diagnosi strutturale in età evolutiva, (Palacio Espasa e Dufur, 1995) affronta il problema dei disturbi di personalità nell'età evolutiva a partire dal fatto che, nella sua

ricerca, un terzo del campione preso in esame non poteva ricevere la diagnosi di nevrosi o di psicosi e non rientrava neppure nell'organizzazione borderline. È a partire da questa situazione di insoddisfazione e difficoltà diagnostica che Palacio Espasa, piuttosto che utilizzare la sistematizzazione dell'Asse II del DSM IV, preferisce introdurre proprie categorie diagnostiche strutturali, centrate sul tipo di elaborazione della conflittualità depressiva, ritenuta da lui centrale per l'organizzazione della personalità. Egli distingue (per gravità crescente): l'organizzazione psiconevrotica (fobica, isterica, ossessiva), dall'organizzazione paranevrotica (= i disturbi "leggeri" della personalità), dall'organizzazione paradepressiva (= forme "intermedie" di disturbi della personalità), dall'organizzazione borderline (= forme gravi di disturbi della personalità), specificando che in quest'ultima organizzazione (a differenza della maggior parte degli studiosi della patologia della personalità) l'esame di realtà è gravemente deficitario.

1.6 La patologia della personalità in adolescenza: il contributo di Westen e di Shedler

Riconoscere e diagnosticare i disturbi di personalità in adolescenza è particolarmente difficile, per le caratteristiche intrinseche a questa fase di sviluppo, nella quale la personalità va incontro a una rapida e complessiva ristrutturazione che altera gli equilibri preesistenti (Ladame, 1991). Infatti in questo periodo della vita il funzionamento mentale, pur mantenendo una sostanziale stabilità, va incontro a una riorganizzazione e si riorganizza e consolida tutta l'identità, cioè il senso della propria continuità temporale e della propria unicità, che origina dall'interazione tra basi genetiche, ambiente di accudimento (materno, familiare) e ambiente sociale (modello bio-psico-sociale). Quando poi gli apporti bio-psico-sociali sono insufficienti (vulnerabilità alla psicopatologia) è in adolescenza che insorgono la maggior parte delle malattie psichiatriche che possono poi cronicizzarsi, ma che inizialmente, non hanno ancora le caratteristiche cliniche dell'età adulta. In particolare le complesse trasformazioni adolescenziali, dovute alla maturazione sessuale e cognitiva, possono esprimersi, in

combinazione con stress so-praggiunti, con manifestazioni sintomatiche e comportamentali che possono essere confuse con quelle che caratterizzano i disturbi di personalità. Ma quanto più queste complesse trasformazioni incontrano una vulnerabilità alla psicopatologia, cioè un fallimento evolutivo nelle fasi precoci dello sviluppo e/o una situazione colpita da traumi o abusi o deprivazioni, tanto più sarà probabile l'organizzazione di un disturbo di personalità, che può tendere a stabilizzarsi al termine dell'adolescenza, se l'adolescente non incontra un ambiente di soccorso adeguato (Novelletto et al., 2000).

Drew Westen e Jonathan Shedler propongono una classificazione dei disturbi di personalità in adolescenza clinicamente ed empiricamente fondata, tentando di integrare i dati della clinica con quelli della ricerca: anziché dare per scontati le categorie e i criteri esistenti (DSM), il loro metodo fa derivare empiricamente un sistema di classificazione, quantificando e aggregando l'osservazione clinica di ampi campioni di pazienti, per mezzo di uno strumento Q-sort: la SWAP-200A (Shedler-Westen Assessment Procedure-200 per Adolescenti, Westen, Shedler, 2000; Westen et al., 2000). La SWAP-200-A è un adattamento per gli adolescenti della SWAP-200, che è uno strumento designato a valutare e classificare la patologia della personalità adulta (Westen, Shedler, 1999a, b). Nel contesto della personalità, il metodo Q-sort è un insieme di affermazioni descrittive della personalità: ogni affermazione può descrivere molto bene una persona, in qualche modo o per nulla. I gruppi ottenuti, chiamati fattori-Q, rappresentano categorie diagnostiche derivate empiricamente.

Dalla procedura finale gli autori propongono due fattori ad alto funzionamento (che vengono definiti stili di personalità) e cinque disturbi di personalità. Gli stili di personalità sono: il disforico autocritico (caratterizzato dalle affermazioni della SWAP-200-A che indicano, in ordine decrescente di diagnosticità, una tendenza da essere timido o riservato; a provare vergogna ed essere autocritico; a sentirsi in colpa; ad essere ansioso; ad accusarsi o sentirsi responsabile delle cose negative che accadono e a essere perfezionista; in questo prototipo sono incluse un certo numero di qualità positive, come la coscienziosità, l'empatia e la presenza di standard morali) e il disfori-

co oppositivo (che include item che riflettono, in ordine decrescente di importanza, una tendenza a sentirsi infelice; a partecipare a scontri di potere con gli adulti; a sentirsi inadeguato, inferiore o fallito; ad essere ribelle o insolente; ad essere arrabbiato od ostile; a sentirsi annoiato; ad esprimere la propria aggressività in modi passivi e indiretti; in questi tipi di personalità coesiste una tendenza ad apprezzare e rispondere all'umorismo; a suscitare simpatia negli altri; a trovare significato e soddisfazione nell'educare o prendersi cura degli altri e ad avere standard etici e morali).

I restanti fattori-Q rappresentano configurazioni di personalità che gli autori sostengono essere assai simili al costrutto adulto di disturbo di personalità:

l'antisociale-psicopatico, caratterizzato da item che indicano una tendenza a partecipare a scontri di potere con gli adulti; ad essere ribelle o insolente con le figure che rappresentano l'autorità; ad esprimere una rabbia intensa e inappropriata; a essere oppositivo o facilmente in disaccordo con gli altri; ad agire in modo impulsivo; a essere arrabbiato ed ostile; ad accusare gli altri per i propri fallimenti o difetti; a reagire alle critiche con rabbia e umiliazione; ad essere inaffidabile e irresponsabile; ad accrescere la propria autostima essendo considerato "cattivo" e "duro"; ad avere emozioni che sfuggono al proprio controllo; a cercare la novità e l'avventura; a rompere le cose o diventare fisicamente aggressivo nei momenti di rabbia; a sentirsi incompreso e maltrattato; a non preoccuparsi delle conseguenze delle proprie azioni. Questo fattore-Q assomiglia molto al costrutto della psicopatia (Cleckley, 1941; Hare et al., 1991).

Pazienti di questo tipo tendono ad avere storie di abuso fisico, parenti di primo e secondo grado con storie di abuso di alcool, di sostanze illecite e storie di criminalità.

Il disturbo di personalità con disregolazione emotiva, che assomiglia molto all'attuale diagnosi di disturbo di personalità borderline. Le affermazioni che meglio caratterizzano questo disturbo includono una tendenza a provare emozioni che sfuggono al proprio controllo; a sentirsi inadeguato; a diventare irrazionale in presenza di emozioni forti; a sentirsi infelice, depresso; ad aver paura del rifiuto e dell'abbandono; a non riuscire a calmarsi quando è stressato; a sentirsi disperato e impotente; a sentire che la vita non ha significato; a reagire alle

critiche con rabbia e umiliazione; a sembrare di volersi “punire” creando situazioni che portano all'infelicità; ad essere autocritico; ad essere catastrofico; a combattere con veri e propri desideri di suicidio.

Il disturbo di personalità schizoide, che è caratterizzato da item che indicano una tendenza ad essere passivo e poco assertivo; ad apparire inibito rispetto ai propri obiettivi a lungo termine; a essere timido; ad avere difficoltà a riconoscere la propria rabbia; ad essere poco affidabile; ad esprimere la propria rabbia in modi passivi e indiretti; ad avere una gamma di emozioni limitata e ristretta; a sentirsi annoiato; ad essere privo di capacità sociali; ad essere verbalmente poco articolato; a sentirsi senza energia; ad essere facilmente distraibile e a sentirsi emarginato.

Il disturbo di personalità narcisistico, che sembra riflettere un misto di caratteristiche ossessive e narcisistiche e che include item che indicano una tendenza ad aspettarsi di essere perfetto, a pensare in termini astratti e intellettualizzati; ad essere competitivo e critico verso gli altri; a essere controllante; a sentirsi privilegiato; a essere arrogante e superbo; a cercare di avere potere sui pari; a vedersi come persona razionale non influenzata dalle proprie emozioni; a credersi più virtuoso degli altri e a fare il moralista; a trattare gli altri come un pubblico che deve testimoniare la sua importanza; a essere autocritico e a pensare di poter essere apprezzato, o di doversi unire, solo da/a persone con uno status elevato.

Il disturbo di personalità istrionico, che è definito da item che riflettono una tendenza a fantasticare di trovare l'amore ideale e perfetto; ad attaccarsi agli altri in modo intenso e veloce; ad esprimere le proprie emozioni in modi esagerati e teatrali; a cercare di essere al centro dell'attenzione; ad essere suggestionabile; ad essere eccessivamente seduttivo dal punto di vista sessuale; a essere eccessivamente bisognoso o dipendente; ad avere relazioni interpersonali caotiche e instabili; a scegliere partner sessuali o romantici che sembrano inappropriati in termini di età, status etc. e ad usare le proprie attrattive fisiche in modo eccessivo per attirare l'attenzione. Questo prototipo è molto simile al concetto di Zetzel (1968) di “cattivo isterico” e a quello di Kernberg (1975) di stile di personalità isterico organizzato a livello borderline.

Uno dei vantaggi di questo sistema di classificazione è che può essere usato per fare diagnosi sia di tipo categoriale (stabilendo una soglia diagnostica) sia di tipo dimensionale (concettualizzando le caratteristiche di personalità come dei continuum lungo diversi gradi di gravità).

1.7 Categorie e Dimensioni

Un ultimo paragrafo, di questo capitolo sui disturbi di personalità nell'infanzia e nell'adolescenza, per chiarire i termini "categoria" e "dimensione".

Con il termine "categoria" si considerano nel senso filosofico le forme a priori della nostra conoscenza (Kant):

in psichiatria invece il termine categoria è utilizzato come sinonimo di "classe". Ogni sistema categoriale è quindi un sistema di classificazione, che come tale non ha una determinazione universale, ma piuttosto è relativo ai criteri in base ai quali è ordinata la classificazione, e subordinato alle sue regole generali.

La "dimensione" (= dimetiri: misurare), invece, ha un significato originario di ordine geometrico: indica l'insieme delle misure che determinano un'estensione. Questo concetto riportato allo studio dei fenomeni psicopatologici, si riferisce ad un continuum, un ente omogeneo che varia quantitativamente ma la cui qualità rimane sostanzialmente invariata, e le cui variazioni quantitative sono misurabili.

L'approccio dimensionale alla personalità è tuttora molto attivo; esso ha inizio in modo implicito all'interno delle tipologie individuate dalla psicopatologia e della psicoanalisi europee (soprattutto tedesche), ma è nella letteratura anglosassone che sembra delinarsi più chiaramente la contrapposizione tra gli approcci categoriale e dimensionale. Mentre nella psicopatologia tedesca si parlava di "unità morbose", di "sindromi", di "tipi", di "caratteri" e di "temperamenti", Eysenck e Rachman (1965) propongono il problema delle tipologie di personalità definendolo nei termini specifici della domanda "categoriale o dimensionale". Il famoso filosofo tedesco Immanuel Kant, a cui

questo sistema deve molta della sua popolarità negli ultimi duecento anni, era piuttosto specifico nel sostenere il punto di vista categoriale, ad esempio la nozione che ogni persona poteva essere assegnata ad una particolare categoria: era un melancolico, o un flemmatico, o un sanguigno, o un colerico, ma ogni mescolanza era inammissibile. Questa nozione di categoria è simile alla nozione psichiatrica dell'entità di malattia e alle loro diagnosi corrispondenti: Eysenck e Rachman contrappongono a questa nozione la loro proposta di una valutazione dimensionale della personalità, attraverso un particolare affinamento dell'analisi fattoriale (l'analisi criterio) per isolare una serie di "fattori fondamentali" che riuniscono tratti di personalità tra loro correlati. Ne risulta una struttura bidimensionale con due continue, la cui variazione è continuativa, denominati "introversione/estroversione" e "stabile/instabile": questi fattori fondamentali possono essere considerati dimensioni che si estendono lungo una retta in modo continuo e quantitativamente misurabile, con due estremi che si differenziano solo quantitativamente dai punti più interni, e un punto mediano dell'asse che corrisponde alla normalità. Questo contributo ha avviato la riflessione sulla credibilità di una tipologia categoriale dei disturbi di personalità, sia rispetto al frequente riscontro di una "comorbidity" di asse II (cioè di molteplici disturbi di personalità che coesistono nello stesso paziente), sia rispetto alla necessità di assumere un vertice osservativo più unitario in cui le dimensioni misurano una diatesi allo sviluppo di una data patologia, non la patologia stessa.

Le dimensioni individuate da Eysenck sono state ridiscusse con l'aggiunta di nuovi fattori: ricordiamo a questo proposito Cattell (1957,1990), Comrey (1980), Gray (1987), Zuckerman (1991), il movimento dei Big Five Factors (1994). Autori diversi che propongono varie soluzioni dimensionali: quello che li accomuna, e che forse per noi che lavoriamo con l'età evolutiva è importante non dimenticare, è la preoccupazione che l'eccessivo spezzettamento diagnostico delle classiche sindromi psichiatriche possa aver creato delle categorie artificialmente ristrette, la cui associazione rifletterebbe più l'eccessivo "splitting" a cui sono state soggette, che una reale comorbidity. È prezioso ricordare, a questo proposito, che ogni sintomo

(syn-ptoma = syn + piptein) è un “accadere insieme”, e trova la sua ragione solo nel particolare rapporto che lo collega agli altri sintomi, all’interno di una data sindrome.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach T., Howell C., McConaughy C., Stanger C. (1995). Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: 1. Cross-informant Syndromes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 336–347.
- Adler G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York, Aronson.
- Aichhorn A. (1935). *Wayward youth*. New York, Viking Press.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano–Parigi–Barcellona. Masson.
- Bernstein D., Cohen P., et al. (1993). Prevalence and stability of the DSM–III personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1237–1243.
- Bleiberg E. (2001). *Il trattamento dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti. Un approccio relazionale*. Giovanni Fioriti Editore.
- Cicchetti D., Cohen D. (Eds). (1995). *Developmental psychopathology*. New York, Wiley.
- Cicchetti D., Rogosch F.A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797–815.
- Corigliano Nicolò A.M., Carratelli T. (2001). *Il trattamento psicoanalitico dell’adolescente borderline*. In Novelletto A., Masina E. *I disturbi di personalità in adolescenza*. Milano. Franco Angeli.
- Damasio A.R. (1994). *L’errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello*. Tr. It. Adelphi, Milano 1995.
- Eysenck H.J. e Rachman S. (1965). *The Causes and Cures of Neurosis*, Routledge & Kegan, London.
- Erikson E. (1959), *Identity and the Life Cycle*. Psychological Issue. Monograph 1. New York: International University Press. [Trad. it. *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*. Roma, Armando, 1984].
- Fonagy P., Target M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.
- Fonagy P. (2000, January). *The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time*. Paper presented at the World Association of Infant Mental Health Congress, Montreal, Canada.

- Fonagy P., Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano.
- Freud A. (1936). *The ego and the Mechanisms of Defence*. London. Hogart Press. [Trad. It. L'Io e I meccanismi di difesa, In: Opere, Vol. I, Torino, Boringhieri, 1978].
- Freud S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. OSF, vol. 7, 439–471.
- Gabbard G.O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: the DSM–IV edition* (2end ed.). Washington, DC.: American Psychiatry Press. Tr it. *Psichiatria psicodinamica*, Cor-tina, Milano 1995.
- Herman J.L. (1992a). *Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–391.
- Herman J.L. (1992b). *Trauma and recovery*. New York, Basic Books.
- Herman J.L., Perry J.C. e van der Kolk B.A. (1989). *Childhood trauma in borderline person-ality disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490–495.
- Jeammet P. (2004). *Psicopatologia dell'adolescenza*. Borla, Roma.
- Kernberg O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, Aron-son. Tr. It. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino 1978.
- Kernberg P.F., Weiner A.S., Bardenstein K.K.(2000). *I disturbi della personalità nei bambini e negli adolescenti*. Roma. Giovanni Fioriti Editore.
- Ladame F. (1991). *L'adolescence, entre rêve et action*. *Bulletin Societè Psychanalytique*.
- Levi G., Romani M. (1999). *Il disturbo borderline di personalità: una diagnosi evolutiva*. *Prospettive in Pediatria*, 29, 107–112.
- Lingiardi V., Madeddu F. (2002). *I meccanismi di difesa: teoria, valutazione e clinica*. Nuova edizione. Raffaello Cortina, Milano.
- Mahler M.S., Pine F., Bergman A. (1975). *The psychopathological birth of the human infant: symbiosis and individuation*. New York, Basic Books.
- Marcelli D., Braconnier A. (1985). *Adolescenza e psicopatologia*. Biblioteca Medica Mas-son.
- Masterson J.F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders : an integrated developmental approach*. New York, Brunner/Mazel.
- Novelletto et al. (2000), *Riconoscere e prevenire l'evoluzione criminale*. Milano. Franco Angeli.
- Palacio–Espasa F., Dufour R. (1995). *La diagnosi strutturale in età evolutiva*. Masson. Milano.
- Piaget J. (1950). *The Psychology of Intelligence*. New York: Harcourt, Brace.
- Rinsley D.B. (1989). *Developmental pathogenesis and treatment of borderline and narcissistic personalities*. New York, Aronson.
- Ruegg R. and Frances A. (1995). *New research in personality disorders*. *Journal of Personality Disorders*, 9, 1–48.
- Rutter M. (1987). *Psychosocial resilience and protective mechanism*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.

- Rutter M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119–144.
- Shapiro T. (1990). Resolved: borderline personalità exist in children under twelve: negative. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 480–483.
- Sroufe, L.A. (1997). Psychopathology a san outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251–268.
- Weissman M. (1993). The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorders*, Supplement, 44–62.
- Westen D., Chang M.C. (2000). La patologia di personalità in adolescenza: una rassegna. Tr. It. in *La valutazione della personalità con la SWAP–200*. Cap. 6. Westen D., Shedler J. Lingardi V. (2003). Raffaello Cortina Editore.
- Westen D., Shedler J. (1999a). Revising and assessing axis II. Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258–272.
- Westen D., Shedler J. (1999b). Revising and assessing axis II. Part II: Towards an empirically based and clinically useful classification of personality disorder. *American Journal of psychiatry*, 156, 273–285.
- Westen D., Shedler J. (2000). Toward a diagnostic system for adolescent personality pathology, I: Reliability and validity of a Q-sort instrument. *Manoscritto non pubblicato*, Boston University.
- Westen D., Shedler J., Lingardi V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP–200*. Raffaello Cortina Editore.
- Winnicott D. W. (1958). *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis*. New York, Basic Books. Tr. It. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze 1975.
- Winnicott D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York, International Universities Press.
- Winnicott D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Tr. It. Armando, Roma 1970.