



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Facoltà di Medicina e Psicologia

Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica

Dottorato in Psicologia Dinamica e Clinica XXXI Ciclo

Tesi di Dottorato

La valutazione della personalità nell'infanzia: dati preliminari sulla
validazione di uno strumento Q-Sort

Tutor

Prof.ssa Anna Maria Speranza

Co-Tutor

Prof. Vittorio Lingiardi

Dottorando

Alexandro Fortunato

Anno accademico 2017-2018

INDICE

Introduzione	pag. 4
Capitolo 1: <i>La Personalità Infantile</i>	pag. 8
La diagnosi in età evolutiva	pag. 10
Il modello della Developmental Psychopathology	pag. 21
Prospettiva Psicodinamica sulla Personalità Infantile	pag. 25
Classificazioni di Personalità	pag. 35
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders	pag. 36
PDM – Psychodynamic Diagnostic Manual	pag. 41
Strumenti di Valutazione della Personalità Infantile	pag. 46
SWAP-200 – Shedler Westen Assessment Procedure	pag. 50
SWAP-200-A – Adolescenza	pag. 53
Capitolo 2: <i>L’Impianto Teorico e la Costruzione dello Strumento Q-Sort</i>	pag. 55
I Pattern Emergenti di Personalità Infantile	pag. 56
Organizzazione Sana di Personalità	pag. 60
Organizzazione Nevrotica di Personalità	pag. 62
<i>Pattern Emergente di Personalità Inibita/Ritirata</i>	pag. 63
<i>Pattern Emergente di Personalità con Ossessività</i>	pag. 66
<i>Patologica</i>	
<i>Pattern Emergente di Personalità Disforica</i>	pag. 69
Organizzazione Borderline di Personalità	pag. 70
<i>Pattern Emergente di Personalità Disregolata</i>	pag. 72
<i>Pattern Emergente di Personalità con Narcisismo</i>	pag. 74
<i>Patologico</i>	
Organizzazione Psicotica di Personalità	pag. 79
<i>Pattern Emergente di Personalità Sospettosa</i>	pag. 81
<i>Pattern Emergente di Personalità Schizoide</i>	pag. 83
Capitolo 3: <i>La Ricerca per la Validazione: Dati Preliminari</i>	pag. 87
Messa a punto dello Strumento	pag. 88

Consenso teorico e statistico	pag. 88
<i>Consenso teorico</i>	pag. 88
<i>Consenso statistico</i>	pag. 90
La Validazione	pag. 94
Obiettivi	pag. 94
Metodo	pag. 95
<i>Campione</i>	pag. 95
<i>Strumenti</i>	pag. 97
<i>Procedura</i>	pag. 98
<i>Analisi</i>	pag. 99
Risultati	pag. 100
Discussioni	pag. 110
Limiti e future direzioni	pag. 119
Conclusioni	pag. 120
Bibliografia	pag. 122
Appendice 1: <i>Il questionario anamnestico</i>	pag. 141
Appendice 2: <i>Lo Strumento Q-Sort</i>	pag. 144

INTRODUZIONE

Questo progetto di dottorato parte dall'esperienza psicoterapeutica con i bambini. Nelle stanze di terapia si incontrano spesso bambini le cui diagnosi non rendono la complessità e la gravità della situazione. I quadri clinici che vengono identificati spesso lo sono per sottrazione, per approssimazione, ma sembra sempre che manchi qualcosa. Questo ha probabilmente contribuito all'allontanamento dei terapeuti dal mondo della diagnostica, facendoli però sentire più isolati e senza strumenti. Capita, ad esempio, di leggere una diagnosi di ansia o disturbo dell'apprendimento mentre osserviamo un bambino angosciato, distruttivo, incapace di regolare i propri stati interni e senza relazioni contenitive. Fenomeni che ancora non hanno un nome diagnostico se non presi singolarmente e in maniera parziale. Come terapeuta mi trovo a parlare con genitori e colleghi, cercando di descrivere al meglio la gravità di alcune situazioni, senza avere i termini per identificarle correttamente. Spesso ci si trova a condividere la preoccupazione che un piccolo paziente stia andando nella direzione di un disturbo grave, come un disturbo di personalità, ma sembra di essere in un'area interdotta, come se non si potesse dire davvero. Per molti anni si è dato per scontato che la personalità, costruito considerato cristallizzato nell'adulto, non fosse per sua stessa natura indagabile nell'età dello sviluppo. In questo modo è stata praticata una scissione fra ciò che viene osservato e gli strumenti diagnostici esistenti. Chiaramente, per chi si muove solo nell'ambito della clinica è sempre possibile procedere per la propria strada con i mezzi a disposizione per il trattamento, di cui già conosciamo l'efficacia. Molto spesso però, come terapeuti dell'età evolutiva, siamo chiamati al confronto con la scuola, con i genitori e con servizi pubblici, che emettono diagnosi sulla base delle classificazioni esistenti, e lì ci ritroviamo ad essere delle Cassandra, come se parlare di rischio grave invece di aiutare il trattamento lo potesse far naufragare. Ci mancano i termini, condivisi e diffusi, per poter parlare chiaramente della

diagnosi che abbiamo in mente, termini che non siano solo di derivazione psicoanalitica, che possano uscire dalle nostre stanze e dalle nostre società scientifiche, termini che tutti possano condividere non come stigma ma come segnali di rischio da tenere in considerazione.

Per questo motivo penso che sia importante occuparsi di personalità infantile. Per tentare di dare un nome a quelle caratteristiche che nel trattamento ci fanno pensare che la situazione sia grave ma per le quali non abbiamo ancora le parole per dirlo; Perché parlare di personalità significa parlare del funzionamento globale del bambino; Perché i quadri clinici che abbiamo a disposizione spesso non bastano o si presentano in maniera differente in base al funzionamento della personalità; Perché individuare quadri clinici specifici della personalità infantile ci permetterebbe di poter tracciare una linea evolutiva e capire in che direzione sta andando lo sviluppo; Per meglio comprendere i fattori di rischio e di protezione dello sviluppo.

Spesso la diagnosi in età evolutiva è un processo incompiuto, a metà. L'età evolutiva è per sua caratteristica in divenire, in transizione, mai definitiva. Questo rende i quadri clinici instabili, fluidi e quindi più difficili da identificare. Ma spesso il problema della diagnosi sono le stesse diagnosi, categorie a metà, più o meno accurate, che vedono il bambino in modo parziale, di cui osservano per lo più solo il comportamento. Mancano diagnosi che includano tutti i vari aspetti del funzionamento sia mentale che comportamentale del bambino. Molti sforzi in questa direzione sono stati fatti, basti pensare alla rivoluzione che ha introdotto la valutazione della relazione nella diagnosi dei bambini piccoli nella CD: 0-3 (Zero to Three, 1994; 2005), oppure agli sforzi del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) per includere il funzionamento mentale, la personalità e il vissuto soggettivo dei sintomi nella valutazione. Eppure, quando si parla di personalità infantile anche il PDM-2 si ferma e decide di valutare la personalità senza scendere nell'ostico campo delle classificazioni. La nosografia internazionale non accetta ancora la valutazione della personalità infantile, mentre quella di

stampo psicodinamico prova ad arrivare ad una visione di insieme, a volta riuscendoci e altre no.

Eppure, ormai sono stati condotti un certo numero di studi, alcuni dei quali hanno anche dimostrato l'esistenza di bambini con disturbi di personalità già conclamati, ma soprattutto la maggior parte degli studi conferma che i fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo di personalità sono identificabili. Ma collegare la personalità all'infanzia fa sempre molta paura, e la paura è quella di ritrovarsi con diagnosi gravose e infauste su bambini ai quali si vuole sempre pensare in termini positivi. Ma non fare diagnosi corrette impedisce che le patologie si formino? Non è forse più pericoloso non notare lo sviluppo disadattivo, piuttosto che notarlo anche in tutta la sua potenzialità negativa?

Anche nell'adolescenza ci si è posti le stesse domande. E anche in quel caso la pratica clinica è arrivata prima delle diagnosi. In molti reparti di neuropsichiatria, i disturbi di personalità sono sempre stati diagnosticati nonostante la regola della maggiore età imposta da alcuni manuali. Dopotutto non si può immaginare che un disturbo si formi all'improvviso, per poi fare ricorso alla storia di sviluppo per poterlo identificare.

L'interesse principale di questo lavoro non è quindi quello di trovare disturbi già conclamati nei bambini, ma rintracciare le traiettorie disadattive che possono condurre a tali disturbi, per permettere all'intervento clinico di arrivare prima che il disturbo si costituisca. Inoltre, serve poter introdurre nel linguaggio clinico anche la diagnostica sulla personalità, come strumento di comprensione complesso. Di fatto, si tratta di dare un nome a quello che viene già fatto nelle stanze di terapia, a quello che i clinici dell'età evolutiva sanno già, senza sapere di saperlo. È un modo per colmare questo diniego che appartiene alla storia della psicopatologia evolutiva. Manca una classificazione, uno strumento e un linguaggio diffuso e condiviso che permetta di parlare di personalità, ovvero del bambino intero, anche quando si esce dalle

stanze di terapia e ci si confronta con i genitori, col servizio pubblico, con le scuole, con gli altri specialisti e con clinici di altre formazioni.

Questa tesi di dottorato presenta i dati preliminari della validazione di uno strumento Q-Sort che dovrebbe rispondere a queste esigenze. È suddivisa in tre capitoli così composti:

- Nel primo capitolo viene affrontata la necessaria premessa teorica sulla valutazione dell'età evolutiva, il modello di riferimento, la prospettiva psicodinamica sulla personalità, e gli strumenti già esistenti per la valutazione. In questo capitolo si farà spesso riferimento anche all'età adulta, età di elezione dello studio della personalità.
- Nel secondo capitolo viene esposto il modello di riferimento per la costruzione dello strumento. Viene riportata l'ipotesi teorica dei prototipi, che abbiamo chiamato Pattern Emergente di Personalità Infantile, e la modalità di costruzione degli item.
- Nel terzo capitolo vengono riportati i dati relativi alla messa a punto dello strumento e i dati preliminari della validazione.

Capitolo 1 – LA PERSONALITÀ INFANTILE

“I bambini hanno personalità e tratti che possono persistere nel tempo e che possono e devono essere valutati, anche se non sono classificati nelle categorie dei disturbi di personalità del DSM. Va comunque segnalato che i motivi che portano la maggior parte dei bambini all’osservazione dei servizi di salute mentale non sono i problemi di personalità. Di solito, i bambini sono portati in consultazione per motivi che riguardano difficoltà comportamentali o di apprendimento. Tuttavia, le variabili di personalità sono spesso associate a difficoltà comportamentali, interpersonali e scolastiche che possono, a loro volta, modellare la presentazione clinica e il trattamento in modi specifici.” (Malberg, et al., 2017, pp.533). Così inizia la sezione degli stili emergenti di personalità e difficoltà nell’infanzia (Asse PC) dello *Psychodynamic Diagnostic Manual-2* (PDM-2, Lingiardi & McWilliams, 2017). Questo passaggio racchiude tutta la questione che gira intorno alla personalità infantile, alla difficoltà di indagarla ma anche alle reticenze che l’indagine comporta. I bambini hanno una personalità, questo è un dato di fatto. Quello che non sappiamo in realtà è quanto l’aspetto della personalità impatti sulle loro vite, sui loro disturbi e sulle loro relazioni. Ma forse non c’è nemmeno chiarezza su cosa intendiamo per *personalità infantile*. Forse questo costrutto ha un significato diverso rispetto a quello di personalità usato per gli adulti. Fra coloro che sostengono la necessità dell’indagine sulla personalità infantile c’è chi, e il PDM-2 ne è un esempio, non valuta positivamente la possibilità di classificare i possibili disturbi. Questa scelta nel manuale è sostenuta in virtù di una costante apertura agli effetti dello sviluppo, che secondo gli autori, non permetterebbe una vera e propria classificazione. Nella sezione della personalità infantile vengono presi in considerazione solo gli stili emergenti nell’ambito delle organizzazioni di personalità e vengono valutati nei termini di gravità di compromissione.

Ma cos'è la personalità? Quando si parla di personalità ci si riferisce a una modalità strutturata di motivazioni, pensieri, affetti e comportamenti che caratterizzano il tipo di adattamento e lo stile di vita di un individuo ed è il risultato di fattori temperamentali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale e culturale. È stato a lungo considerato un costrutto statico nel tempo anche per le sue forti implicazioni con gli aspetti genetici e biologici (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Le dimensioni di base della personalità sono chiamate *tratti* e si organizzano in modi più o meno costanti, formando gli stili di personalità. Con il termine tratto di personalità si intende quindi una modalità costante di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifesta nelle situazioni sociali e personali in cui una persona si trova (Caprara & Gennaro, 1999; Lingiardi, 2004).

Con il termine *stile di personalità* si fa riferimento, invece, alla configurazione più o meno stabile di pensiero, emozione, motivazione e comportamento che definisce una struttura psicologica più generale. Quindi, il costrutto di stile di personalità cerca di fornire una descrizione globale del funzionamento individuale, le modalità con cui ci si relaziona con gli altri, con cui si affrontano le sfide, in cui vengono utilizzati i punti di forza e attraverso i quali si affrontano le vulnerabilità nelle diverse fasi della vita.

La personalità è quindi un costrutto che racchiude al suo interno molteplici funzioni e sfaccettature, con diverse declinazioni a seconda dell'età. *Ha a che fare con ciò che si è più che con ciò che si ha*, e la sua comprensione non può quindi essere limitata al comportamento di una persona. Valutare la personalità vuol dire quindi valutare una persona nel suo insieme (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Una fragilità nell'area della personalità nell'infanzia non è di per sé predittiva di un disturbo successivo, ma certamente è un'informazione di un fattore di rischio che va indagato e valutato nelle sue possibili traiettorie evolutive. Un disturbo di personalità viene diagnosticata,

nell'adolescenza o nell'età adulta, solo quando lo stile di personalità di un individuo interferisce significativamente con il suo funzionamento affettivo, lavorativo e relazionale.

Parlare di personalità nell'infanzia, e ancora di più di disturbi ad essa collegati durante lo sviluppo, nasconde difficoltà e insidie ancora maggiori di quando ci si riferisce all'età adulta. Per meglio comprenderle ripercorriamo le caratteristiche della diagnosi infantile, il modello che ha rivoluzionato l'approccio all'infanzia per poi arrivare al dibattito sulla personalità in età evolutiva e allo stato dell'arte.

La diagnosi in età evolutiva

Il termine diagnosi deriva dal greco *dia* (attraverso) e *gnosis* (conoscenza) e sta a significare la conoscenza della persona attraverso la raccolta e l'elaborazione di una serie di dati riferiti alla sua storia personale e ai suoi sintomi. La diagnosi, intesa come processo, è il risultato dell'integrazione di diversi fattori di ordine biologico, psicologico, sociale e di una visione unitaria dell'individuo, formulata in funzione di un trattamento terapeutico.

La diagnosi in età evolutiva rappresenta una delle questioni più difficili e delicate che i clinici si trovano ad affrontare, dove sono presenti problemi particolarmente complessi nella valutazione della psicopatologia tra cui la natura prevalentemente relazionale dei disturbi, la specificità della sintomatologia e la questione della cosiddetta continuità omotipica o eterotipica dei quadri clinici. Diversamente da quanto avviene nella psicopatologia dell'adulto, la dimensione evolutiva si intreccia con la complessità del funzionamento individuale determinando spesso una fluidità e una conseguente instabilità della diagnosi (Speranza & Fortunato, 2012).

I principali tipi di diagnosi si possono differenziare in base a (Dazzi, et al., 2009):

- Come vengono raccolti i dati:

- Diagnosi descrittiva: si basa su informazioni che i diretti interessati sono in grado di riferire o su informazioni direttamente osservabili (es. DSM, OPD, SWAP);
- Diagnosi strutturale: si basa su rappresentazioni e processi impliciti (es. OPD e modello di Kernberg);
- Cosa analizza:
 - Diagnosi di funzioni: processi e funzioni psichiche;
 - Diagnosi di contenuti;
- Informatori e format di raccolta delle informazioni;
- Come viene formulata:
 - Diagnosi categoriale (es. DSM);
 - Diagnosi dimensionale (es. FFM);
 - Mista, ovvero dimensionale con la possibilità di categorizzazione o viceversa (es. modello di Kernberg, SWAP, PDM);
- Come viene fatta:
 - Monotetica: identificazione di un gruppo di criteri specifici per disturbo e implica che, per fare la diagnosi, tutti i criteri devono essere soddisfatti;
 - Politetica: implica che per fare la diagnosi deve essere soddisfatto un certo numero di criteri stabiliti (es. DSM);
 - Prototipica: ci deve essere un certo grado di sovrapposizione o somiglianza complessiva tra la descrizione di un prototipo di un disturbo e la presentazione clinica del paziente (es. SWAP e PDM).

Nel caso dell'età dello sviluppo prendiamo principalmente in considerazione:

- La diagnosi nosografica: che inserisce il sintomo all'interno di un quadro riconoscibile e confrontabile fra clinici;
- La diagnosi funzionale o profilo di sviluppo;

- La diagnosi psicopatologica: che descrive i vissuti soggettivi tramite il profilo affettivo.

Nell'attività clinica questo processo si traduce nella necessità di collocare le competenze e gli affetti in rapporto alla specifica fase di sviluppo psichico che il bambino sta attraversando, al fine di redigere un profilo di sviluppo composto da:

- un profilo di sviluppo neuropsicologico;
- un profilo di sviluppo affettivo e relazionale.

Secondo l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (King, et al., 1995), gli obiettivi della Valutazione diagnostica in età evolutiva (Developmental Assessment) sono:

1. Identificare le ragioni e i fattori che hanno portato il bambino alla valutazione;
2. Ottenere un quadro del funzionamento evolutivo del bambino, sia in riferimento alla natura e al livello di difficoltà comportamentali, menomazioni funzionali, e/o preoccupazioni soggettive, sia rispetto alle sue risorse e ai suoi punti di forza in diverse aree: cognitiva, emotiva, affettiva, relazionale;
3. Identificare i fattori individuali, familiari e ambientali che possono spiegare, influenzare o migliorare le difficoltà del bambino (per esempio: la presenza di fattori psicosociali stressanti specifici; o l'eventuale presenza di una rete di supporto educativo e sociale);
4. Stabilire se è presente un disturbo psicopatologico e, nell'eventualità, porre una diagnosi differenziale;
5. Stabilire se è necessario un trattamento e, in caso affermativo, sviluppare le linee guida di un programma terapeutico.

Viene quindi messo in luce un concetto multidimensionale di assessment che collega strettamente il percorso diagnostico al trattamento (Lucarelli, et al., 2008).

La conoscenza del funzionamento evolutivo è dunque una componente fondamentale nella valutazione della salute mentale infantile; bisogna valutare non solo abilità e/o disabilità del bambino, ma anche punti di forza, aspettative e opportunità potenziali che caratterizzano la sua vita, muovendosi in quella che Vygotskij (1978) definiva la *zona di sviluppo potenziale*, concetto ispirato dalla psicologia evolutiva, che può assumere una valenza clinica poiché indica in che misura il bambino è pronto al cambiamento, che cosa può fare oggi con l'aiuto dell'adulto e in un futuro prossimo da solo.

Per effettuare una diagnosi nell'infanzia è necessario conoscere i diversi aspetti dello sviluppo normale del bambino, come essere in piena maturazione, sia fisica che psichica e in interazione dinamica con l'ambiente. Ciò consente di comprendere fino a che punto un sintomo è quasi fisiologico ad un'età, è preoccupante ad un'altra, è nettamente patologico ad un'altra ancora. In senso più ampio è utile riflettere sul significato che un particolare sintomo può avere per un determinato bambino, in un preciso momento evolutivo, in un dato contesto affettivo relazionale e sociale. Il processo diagnostico può essere costituito da un insieme di operazioni valutative, diverse e complementari, che vanno dall'inquadramento in termini nosografici della patologia, basato essenzialmente sul modello medico, all'assessment psicologico che si avvale dell'utilizzo di più tecniche i cui risultati finali vengono integrati con altre fonti informative relative alla storia del soggetto. Successivamente si procede alla restituzione dei risultati dei diversi elementi emersi e all'indicazione di un eventuale trattamento terapeutico.

La plasticità della mente, soprattutto nell'infanzia, si riflette sulla diagnosi. Questo rende fondamentale non soltanto la precisione e l'accuratezza della diagnosi, cosa che vale ovviamente anche per l'adulto, ma anche la valutazione dell'evoluzione dei processi di adattamento e del funzionamento specifico di ogni fase dello sviluppo. La complessità dello

sviluppo psicologico rende importante l'identificazione dei quadri psicopatologici dell'infanzia e la definizione della metodologia della valutazione clinica.

Nella valutazione diagnostica bisogna, quindi, tener conto di alcuni fattori:

- Le patologie dello sviluppo non sono direttamente riferibili a quadri patologici adulti;
- I sintomi assumono significati diversi a seconda del periodo di sviluppo;
- Ci sono quadri diagnostici specifici dello sviluppo;
- Alcuni aspetti dell'adattamento possono apparire come patologici.

La valutazione e la diagnosi nell'infanzia deve considerare che il bambino partecipa attivamente fin dalla nascita alle relazioni e che ogni bambino è caratterizzato da una propria modalità di sviluppo e presenta differenze individuali nelle capacità motorie sensoriali, linguistiche, cognitive e affettive, nonché nei pattern di interazione.

Quindi, oltre all'identificazione dei sintomi e dei comportamenti manifesti, è necessaria un'indagine del percorso di sviluppo, del funzionamento dell'ambiente familiare, delle caratteristiche individuali dei genitori e del loro funzionamento di coppia, delle caratteristiche della relazione adulto-bambino e dei pattern di interazione, delle caratteristiche costituzionali e maturative del bambino, dell'affettività, del linguaggio, delle capacità cognitive, motorie e sensoriali del bambino (Speranza & Williams, 2009).

La valutazione clinica del bambino implica dunque la considerazione di un ampio numero di contesti e strumenti valutativi:

- Osservazione del funzionamento del bambino;
- Osservazione dell'interazione bambino-caregiver e la qualità della loro relazione;
- Colloqui clinici e/o interviste con i genitori.

Il processo diagnostico si divide in varie fasi: l'anamnesi, il colloquio, l'osservazione e l'utilizzo dei test. L'anamnesi riveste particolare importanza in quanto permette di ricostruire la storia della persona attraverso dati di ordine biologico, psicologico e sociale che, nel caso

di un soggetto in età evolutiva, vengono raccolti in via indiretta attraverso il racconto dei genitori sulla storia del proprio figlio in relazione ai sintomi riportati, alle tappe dello sviluppo, agli avvenimenti importanti e alle relazioni. Il colloquio con il bambino ha delle caratteristiche che lo rendono molto differente da quello con l'adulto, in particolare bisogna tenere conto delle capacità cognitive e di linguaggio del bambino. L'osservazione, ma anche il gioco e i disegni sono il metodo migliore per entrare in contatto col bambino soprattutto per le sue limitate capacità di linguaggio e per rapportarsi a lui in base alle sue capacità e alle sue abitudini. Infatti, nel gioco e nel disegno il bambino comunica quello che ancora non sa dire con le parole. L'utilizzo dei test richiede esperienza, ma soprattutto strumenti che siano adatti ai soggetti in età evolutiva. È, infine, importante ricordare che i bambini sono portati all'attenzione clinica dagli adulti e spesso la richiesta è formulata da estranei rispetto alla famiglia, come ad esempio insegnanti, tribunali, servizi territoriali, ecc.

Per cui possiamo dire che una formulazione diagnostica ha lo scopo di:

- Raccogliere tutte le scoperte del processo diagnostico in un mosaico ideale;
- Comprendere l'esame dei problemi del bambino in termini di vulnerabilità organica, di storia di sviluppo, di dinamiche familiari o di problemi relazionali;
- Rappresentare un tentativo di riconoscere e di descrivere i sintomi dei disturbi mentali, di ricostruirne la loro evoluzione, di spiegarne i molteplici aspetti cognitivi e affettivi della specifica situazione del singolo individuo;
- Permettere di collegare il caso individuale ad altri casi simili sulla base di fattori biologici, psicologici e sociali (diagnosi categoriale).

Nella diagnosi e nel trattamento nell'età dello sviluppo prende un'attenzione centrale la relazione di attaccamento. Se questa è fondamentale anche con l'adulto, nel bambino è centrale perché la relazione diventa il vero paziente. Il bambino con i suoi disturbi è calato in relazioni primarie e vitali di cui dobbiamo tenere conto, un bambino non può essere visto al di

fuori delle sue relazioni (Sameroff & Emde, 1989, Sameroff, et al., 2004). Alla luce di questo si è data molta importanza ai disturbi relazionali e questo ha messo in luce ancora una volta come la patologia evolutiva non vada intesa come un conflitto intrapsichico, ma come un evento relazionale. La stessa costruzione del Sé non è un processo individuale ma intersoggettivo. Il disagio mentale è quindi un fallimento ambientale che non permette la normale sintonizzazione e l'allineamento tra il bambino e il suo ambiente di sostegno.

L'importanza data alle relazioni nella strutturazione della personalità ha origine dai paradigmi teorici della psicopatologia dello sviluppo, della psicoanalisi e della teoria dell'attaccamento che hanno dimostrato che è all'interno delle relazioni primarie che si sviluppa la personalità del bambino, si strutturano le sue difese e le sue capacità di regolare le emozioni e si costruiscono le rappresentazioni di sé e degli altri. Una valutazione attenta dell'assetto relazionale permette di considerare le caratteristiche dell'interazione, il modello di regolazione, la tonalità affettiva e la fase evolutiva della relazione per comprendere le loro differenti potenzialità nel predire problemi individuali a breve o a lungo termine. La valutazione di questo parametro appare dunque indispensabile nella prima infanzia e determinante nella seconda infanzia, nell'adolescenza e in tutto il ciclo di vita (Speranza & Fortunato, 2012).

Ovviamente l'importanza attribuita alle relazioni richiede delle modulazioni in base alla fase di sviluppo: se nella prima infanzia le relazioni rappresentano il contesto primario all'interno del quale si sviluppa la personalità del bambino, e richiederanno primariamente una valutazione osservativa, successivamente tali relazioni andranno valutate non solo nella loro ampiezza e qualità ma anche in base alla qualità delle rappresentazioni mentali che costituiscono il mondo interno dell'individuo.

Grande rilevanza all'aspetto relazionale viene attribuita ad esempio nella sezione Classificazione della salute mentale e dei disturbi dello sviluppo nella prima infanzia - Asse

IEC:0-3 (Speranza & Mayes, 2017) del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017). L'Asse IV riporta i Pattern e disturbi relazionali guidando alla valutazione degli stili di accudimento, di quelli interattivi e delle rappresentazioni. Fornisce anche un'utile Scala di valutazione che permette di valutare tutti gli aspetti importanti della relazione genitore-bambino: la qualità e flessibilità della rappresentazione che il caregiver ha del bambino, la qualità della funzione riflessiva del caregiver, la qualità del coinvolgimento non verbale tra genitore e bambino, la qualità dei pattern interattivi della diade genitore-bambino, il tono affettivo della relazione fra bambino e genitore, la qualità del comportamento genitoriale nei confronti del bambino, la qualità dei pattern genitoriali e le abilità del neonato/bambino di impegnarsi e di creare relazioni significative. Inoltre, viene anche valutata l'attaccamento attraverso la storia del bambino e quella delle sue figure di attaccamento, le possibili rotture del sistema di cura e i comportamenti del bambino come la ricerca di cure e l'esplorazione. Per quanto riguarda i bambini più grandi, nella sezione dedicata all'infanzia (Malberg, et al. 2017), la relazione viene considerata sia nella valutazione del funzionamento mentale (MC) che in quella della personalità (PC). Nel funzionamento mentale infatti, viene presa in considerazione la valutazione dell'identità e delle relazioni attraverso la specifica capacità di stare in relazioni e di costruire intimità. Nella sezione della personalità questa funzione viene ripresa e inoltre si aggiunge, come per i bambini più piccoli, la valutazione dell'attaccamento (per una descrizione più approfondita si rimanda al paragrafo sul PDM più avanti).

In generale però potremmo dire che la valutazione del parametro relazionale dovrebbe aiutare il clinico a collocare lungo un *continuum* le alterazioni significative delle relazioni primarie: 1) dalle situazioni di *perturbazioni* o *turbe* passeggera (Anders, 1989), caratterizzate dalla presenza di alterazioni in riferimento ai compiti di sviluppo o da una qualità disfunzionale di interazione i cui modelli non sono rigidamente fissati o sono relativi ad una sola area interattiva, 2) alle situazioni in cui i pattern di interazione genitore-bambino sono

problematici o stabilmente disfunzionali, come può avvenire per i *modelli di attaccamento insicuro* o per i veri e propri *disturbi relazionali* (Sameroff & Emde, 1989), e questo determina una situazione di rischio evolutivo, 3) fino alle situazioni in cui le alterazioni del contesto di caregiving sono a tal punto problematiche o carenti da determinare una impossibilità per il bambino di stabilire una relazione significativa, come nei *disturbi reattivi dell'attaccamento* (Speranza & Mayes, 2017).

Questa prospettiva, assunta ad esempio dalla Scala PIR-GAS della CD:0-3R (Zero to Three, 2005) considera le alterazioni della relazione come entità da valutare e, quando necessario, da diagnosticare, ovvero un parametro indipendente dalla presenza o meno di una sintomatologia del bambino, e sottolinea come la valutazione non debba tenere presente solo il comportamento interattivo osservato, ma anche l'esperienza soggettiva del bambino e il peso dei fattori dinamici in gioco. La valutazione riguarda il livello di funzionamento globale, il livello di angoscia e la flessibilità adattiva sia del bambino che del genitore, nonché il livello di conflitto e di capacità di risoluzione tra bambino e genitore e l'effetto che la qualità della relazione può avere sul processo di sviluppo. Quindi, la valutazione della relazione, anche in assenza di sintomi, resta fondamentale come parametro per indagare la personalità nei bambini.

I principali sistemi di classificazione esistenti seguono principalmente due modelli: quello della malattia e quello della relazione, quest'ultimo decisamente più utile nell'infanzia. La diagnosi può essere principalmente di due tipi: categoriale, che segue il modello della malattia, o dimensionale che segue il modello della relazione. Sarebbe auspicabile e utile un'integrazione fra i due sistemi e anche dei rispettivi sistemi di classificazione utilizzati, perché la ricerca, orientata da modelli transazionali dello sviluppo che studiano la relazione genitore-bambino come sistema di comunicazione affettiva, ha messo in luce la precoce strutturazione della mente infantile in rapporto alla combinazione tra fattori costituzionali,

temperamentali, e autoregolativi intrinseci al bambino e l'ambiente affettivo in cui il bambino è inserito (Sameroff, et al., 2004).

Uno studio (Karen, et al., 2010) ha messo in connessione le funzioni familiari e i pattern interattivi nei contesti di psicopatologia infantile. Quello che ne è emerso è che a livello familiare, queste famiglie mostrano livelli di funzionamento significativamente bassi in tutti i campi in particolare emotivo e comunicativo. A livello diadico, le madri sono molto intrusive, riportando alti livelli di fobia e depressione, e i loro bambini molto ritirati durante l'interazione. In generale, il funzionamento globale familiare è predittivo dello stato psicopatologico del bambino, per cui i clinici devono indirizzarsi verso il funzionamento familiare e diadico per poter capire e aiutare al meglio questi bambini.

Si può quindi dire che il processo di valutazione diagnostica nella prima infanzia ha l'obiettivo di monitorare lo sviluppo del bambino negli aspetti maturativi e nel livello di funzionamento adattivo e di esprimere la specificità dei problemi individuali e relazionali all'interno del contesto di vita. E per questo tra le caratteristiche genitoriali da tenere in considerazione c'è la funzione riflessiva, ovvero la capacità di riconoscere gli stati mentali del bambino (Fonagy, et al. 2002; Slade, 2010). Per avere un quadro esauriente della relazione tra il caregiver e il bambino nel corso di una consultazione, la valutazione clinica deve convergere su alcune aree del funzionamento individuale e relazionale (Sameroff & Emde, 1989): attaccamento del bambino e legame genitoriale, vigilanza-protezione, regolazione fisiologica, regolazione affettiva, apprendimento-insegnamento, gioco, autocontrollo-disciplina.

Greenspan & Wieder (2000) suggeriscono di orientare l'esame del bambino su sei aree:

1. regolazione e interesse nel mondo;
2. attaccamento;
3. comunicazione intenzionale;

4. organizzazione del comportamento (acquisizione del senso di Sé);
5. elaborazione rappresentazionale;
6. differenziazione rappresentazionale.

Secondo il loro modello, di ognuna di queste aree viene considerata la difettualità (*defect*), la limitazione (*constriction*) e l'instabilità (*instability*).

La valutazione diagnostica di un bambino attiva un complesso processo relazionale che coinvolge tutti i partecipanti: il clinico, il bambino, i caregiver e gli altri familiari eventualmente presenti e nel corso della valutazione possono avere luogo fenomeni transferali e controtransferali che vanno valutati. Per ottenere una buona alleanza occorre far perno sulle competenze e sui punti di forza sia del bambino sia dei genitori, perché a partire da questi si possa valutare insieme ciò che non va.

Il processo diagnostico ha quindi come esito quello della *formulazione del caso*, ovvero una sintesi di quanto appreso nel processo diagnostico che permetta sia di comprendere l'unicità del paziente che la sua somiglianza con altri individui. Si tratta quindi di conciliare una conoscenza *idiografica*, centrata sulla comprensione delle peculiarità e singolarità del soggetto (*idios*), e un modello *nomotetico*, volto a identificare o stabilire delle leggi (*nomos*), delle invarianti rispetto al funzionamento di più persone in situazioni diverse. Una buona diagnosi deve impiegare un linguaggio condiviso e comprensibile, contenere informazioni sufficienti non solo sugli aspetti patologici ma anche sulle risorse e essere orientata alla progettazione di interventi terapeutici e/o riabilitativi. Infine, dovrebbe permettere una buona comunicazione col paziente e contribuire al dialogo fra clinica e ricerca (Lingiardi, 2009).

Per concludere, la diagnosi in età evolutiva deve anche tener conto di un aspetto fondamentale: la continuità con le successive età. Bisogna considerare il processo evolutivo, di cambiamento e sviluppo. È necessario concepire lo sviluppo come un sistema unitario, pur mantenendo un'attenzione specifica alle diverse fasce d'età, che racchiuda in un insieme

coerente la continuità dall'infanzia all'età adulta. Il PDM-2 è l'unico sistema diagnostico esistente che ha voluto esplicitamente comprendere al suo interno diverse sezioni per le diverse fasce d'età, discostandosi dalla priorità che gli altri sistemi accordano all'adulto, e che finiscono con l'adattarne semplicisticamente i criteri alle età precedenti, ma con limiti evidenti come nel caso della RDC-PA (Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool, 2003). Inoltre, è importante sottolineare come il PDM-2 sia l'unico manuale con una sezione dedicata alla seconda e terza infanzia, infatti al momento l'unica altra classificazione esistente sull'infanzia è la CD:0-5 (Zero to Three, 2016) che però può utilizzata solo fino ai 5 anni, età estesa rispetto alle precedenti versioni che si fermavano ai 3 anni. Questa scelta esplicita senza dubbio il presupposto teorico psicodinamico che riconosce i profondi legami tra adattamento precoce e successivi disturbi, sottolineando la continuità dell'esperienza soggettiva e dei pattern relazionali che l'individuo sperimenta lungo l'arco della vita al di là dei cambiamenti osservabili (Lingiardi & McWilliams, 2017; Speranza & Fortunato, 2012).

La grande innovazione proposta dal PDM è proprio quella di considerare la dimensione evolutiva non come un semplice susseguirsi di fasi o periodi cronologici che precedono la maturità, ma come un parametro in cui acquisizioni e compiti di sviluppo costituiranno le tematiche fondamentali della formazione della personalità dell'individuo.

Il modello della Developmental Psychopathology

Nella clinica dell'età evolutiva si utilizzano metodologie e strumenti specifici per conoscere, capire e descrivere al meglio il disagio psichico dei bambini. Ma fare diagnosi resta un'operazione complessa poiché il clinico si deve confrontare con lo sviluppo, che rende il bambino un soggetto di studio particolare. Questa caratteristica accomuna tutti i bambini, ma in quelli con sviluppo atipico le difficoltà e le atipie del bambino crescono e si modificano

con lui. Quindi ciascun disturbo si trasforma e cambia in relazione ai passaggi di fase e all'età. Questa trasformazione in rapporto alla crescita è quello che rende molto difficile l'osservazione e la diagnosi in età evolutiva. Per questo è importante conoscere la psicopatologia dello sviluppo e le sue applicazioni nel fare diagnosi.

Il modello *Developmental Psychopathology* (Psicopatologia dello Sviluppo) ha avuto un impatto rivoluzionario nel mondo della psichiatria, riuscendo a produrre un ribaltamento di ottica nell'approccio all'infanzia. Se prima l'infanzia era considerata solo come età di esordio di alcuni disturbi o la riduzione in minimi termini dell'età adulta, adesso è considerata come il momento d'elezione per l'osservazione delle traiettorie disadattive che possono portare a un disturbo. La psicopatologia dell'età adulta viene letta quindi, come esito di una traiettoria evolutiva su cui hanno inciso diversi fattori di rischio e di cui è possibile identificare precursori e prototipi organizzativi infantili e adolescenziali. L'approccio della *developmental psychopathology* ha quindi implicazioni importanti per la metodologia diagnostica e la valutazione in età evolutiva.

Questo modello si occupa di studiare il percorso normativo dello sviluppo *bio-psico-sociale* e tutti quei fattori che ne determinano una deviazione in senso disadattivo e quelli che invece proteggono da tali deviazioni. La psicopatologia è quindi il risultato della deviazione da un percorso normativo e va considerata come processo esteso nel tempo, osservabile solo tenendo in considerazione gli aspetti temporali. Un sintomo può essere definito solo all'interno di una valutazione generale del funzionamento e dell'adattamento della personalità del bambino, perché i sintomi subiscono evoluzioni e cambiamenti continui nel tempo (Cicchetti, 1984).

Lo sviluppo e i fattori che lo influenzano sono concepiti alla luce del principio *epigenetico*: le fasi di sviluppo vanno inquadrate come il risultato dell'interazione tra cause di varia natura genetica e ambientale. A queste si aggiungono: la storia pregressa dello sviluppo e le sfide

evolutive della fase attuale. I domini evolutivi del bambino sono: fisiologico, neuropsicologico, cognitivo, sociale, emotivo, rappresentazionale (Cicchetti & Cohen, 1995; Sroufe, 1997). In ogni fase, a seconda di come interagiranno i diversi fattori che insistono sullo sviluppo, l'adattamento assumerà una specifica forma e questa rifletterà sia la storia delle precedenti forme di organizzazione adattiva, sia il *compito evolutivo* caratteristico per ciascuna fase. La qualità dell'adattamento del bambino viene analizzata rispetto alla sua capacità di affrontare un compito evolutivo specifico di ciascuna fase. Attraverso l'osservazione di quanto accade in ogni fase è possibile definire una *traiettoria evolutiva* che consente di ipotizzare delle previsioni sul percorso adattivo o disadattivo del bambino. Infatti, il modello della psicopatologia dello sviluppo non è rigidamente deterministico e viene sintetizzato da due principi: *equifinalità* e *multifinalità*. Il principio dell'*equifinalità* indica che una condizione disadattiva osservata ad una certa età può essere preceduta da traiettorie evolutive molto diverse tra loro. Il principio della *multifinalità*, invece, indica che una condizione di partenza può essere seguita da traiettorie evolutive molto diverse (Cicchetti & Rogosch, 1996). I due principi sono quindi complementari e aprono a molte possibilità differenti di sviluppo.

Le traiettorie evolutive e lo sviluppo dei disturbi mentali e dell'adattamento sono influenzati da diversi fattori che all'interno della psicopatologia dello sviluppo sono suddivisi in *fattori di rischio* e *fattori di protezione*. I *fattori di rischio* (o di vulnerabilità) sono quelli che interferiscono con l'adattamento e aumentano le probabilità della comparsa di disturbi. Possono essere fattori interni all'individuo o ambientali. I *fattori di protezione* promuovono invece, l'adattamento e riducono l'impatto di fattori stressanti.

Un altro principio fondamentale è quello della *continuità* dei disturbi. Col termine *continuità* ci si riferisce a strutture psicologiche, tratti o comportamenti che possono essere rintracciati da un periodo dello sviluppo all'altro (Asendorpf, 1992). La continuità si riferisce alla

consistenza, similitudine e prevedibilità di stati interni e comportamenti attraverso il tempo, sia nello sviluppo normale che patologico (Siegel, 1999). L'aspetto della continuità diagnostica mette in luce due concetti complementari: la continuità *omotipica* e *eterotipica*. La *continuità omotipica* definisce condizioni di sostanziale uniformità dei disturbi psicopatologici nel corso dello sviluppo fino all'età adulta (Costello, et al., 2003). La *continuità eterotipica*, invece, si manifesta quando quadri patologici differenti correlano positivamente se misurati in momenti temporali distanti. Ovvero, ad una patologia che si presenta nell'infanzia corrisponde un'altra che si presenta nell'età adulta (Kagan, 1969). Per questo lo studio sulla continuità è fondamentale per capire come la psicopatologia si muove nel corso della vita e per riconoscere le traiettorie evolutive che vanno da condizioni subcliniche o attenuate fino a condizioni più gravi.

Un'ulteriore implicazione dell'approccio della psicopatologia dello sviluppo è la valorizzazione dell'approccio dimensionale, che meglio coglie l'elemento di continuità delle traiettorie evolutive adattive e disadattive, accanto all'approccio categoriale che mantiene una sua rilevanza ma non può essere esaustivo nell'infanzia (Speranza, Williams, 2009).

In base quindi a questo modello il problema della diagnosi e della valutazione clinica in età evolutive richiede:

- L'identificazione di sintomi e quadri clinici specifici per l'età evolutiva e la loro connessione con le età successive (continuità);
- L'identificazione dei fattori di rischio e di protezione sullo sviluppo;
- L'identificazione delle traiettorie evolutive sia in termini adattivi che disadattivi;
- La valutazione delle dinamiche relazionali.

Per riassumere, il modello della psicopatologia dello sviluppo può essere sintetizzato nei seguenti punti salienti:

- Prospettiva evolutiva e longitudinale;

- Continuità del modello evolutivo: legami tra adattamento precoce e successivi disturbi, continuità dell'esperienza soggettiva e dei pattern relazionali;
- Processo maturativo dello sviluppo caratterizzato dalla risoluzione di una serie interattiva di compiti adattativi (Sander, 1975);
- Processi di regolazione (Sander, 1987);
- Prospettiva relazionale: classificazione dei disturbi in termini relazionali (Sameroff & Emde, 1989).

Prospettiva Psicodinamica sulla Personalità Infantile

Da qui in poi faremo riferimento principalmente alla seconda infanzia considerando una fascia d'età che va dai 4 agli 11 anni. Questa scelta è dettata dal focus che prenderà il lavoro sperimentale. Non prendiamo quindi in considerazione né la prima infanzia né la pubertà, perché hanno caratteristiche specifiche differenti e quindi meritano approfondimenti differenti. Nella prima infanzia infatti, le caratteristiche della personalità sono soprattutto collegate al temperamento e agli aspetti costituzionali. Nella pubertà invece, la personalità si modifica anche in seguito alla centralità che prende corpo sessuale.

La personalità in formazione viene considerata in un *continuum* che va dai pattern relativamente sani a quelli più compromessi. Il *continuum*, però, non va inteso solo come scala di compromissione, ma anche come evento temporale, potremmo dire evolutivo, dalla nascita e per tutto lo sviluppo. La valutazione dimensionale ha il vantaggio sia di riconoscere che i pattern di personalità possono collocarsi lungo un *continuum*, e i cui criteri soglia possono variare in base a diversi fattori, sia di fornire informazioni sulla personalità di tutti i pazienti osservati nella pratica clinica, non riducendo l'attenzione solo a quelli con un vero e proprio disturbo. La valutazione lungo un *continuum* può quindi indicare anche quelle

condizioni che non raggiungono una soglia significativa per essere considerati disturbi, ma possono essere definite in base al concetto di rischio psicopatologico.

La personalità va considerata come l'esito in evoluzione di diversi fattori che interagiscono tra loro: le predisposizioni biologiche, i pattern di relazione, la qualità delle rappresentazioni interne e le operazioni difensive, contestualizzate all'interno del percorso evolutivo. La prospettiva diagnostica sulla personalità infantile deve coniugare:

1. Un'ottica strutturale, ispirata al modello di Otto e Paulina Kernberg (O. Kernberg, 1975; 1976; 1978; 1984; 2005; P. Kernberg, et al., 2000);
2. Un'ottica dimensionale, valutando la personalità lungo un *continuum* che va dalla "normalità" alla grave disfunzionalità;
3. Un'ottica categoriale, distinguendo tra vari disturbi di personalità e facendo riferimento principalmente ai lavori di Otto e Paulina Kernberg, Efrain Bleiberg (2001) e alle ricerche empiriche di Drew Westen (1999a; 1999b; 2003; 2005; 2012).

La personalità in formazione di un bambino può essere valutata in senso psodinamico solo se si considerano alcuni aspetti fondamentali del funzionamento mentale, come la qualità della regolazione affettiva, delle relazioni significative, dell'esperienza interna, dell'organizzazione e flessibilità delle rappresentazioni mentali e della qualità delle difese. Valutare questi aspetti rende possibile considerare sia le caratteristiche evolutive del funzionamento mentale sia la natura dimensionale dei pattern di personalità.

Da una prospettiva evolutiva è necessario comprendere le principali fonti di variabilità individuale (età, genere, contesto, ecc.) che influenzano sia il modo in cui una determinata psicopatologia della personalità si manifesta sia il significato che può assumere, e dall'altra il superamento di un'ottica categoriale (presenza/assenza) che ha già mostrato i suoi limiti per l'età adulta.

Il dibattito sulla personalità infantile è ancora in corso, nonostante una mole sempre crescente di dati e ricerche confermano che è possibile parlare di personalità infantile e di valutarla attraverso una prospettiva evolutiva (Caspi, et al., 2005; Widiger, et al., 2009; McAdams & Olson, 2010; Tackett, et al., 2012). Certamente, lo sviluppo con tutte le sue caratteristiche, complica l'indagine sul funzionamento dei bambini e in particolare rispetto alla personalità.

Il dibattito, di fatto, si polarizza su due posizioni. Alcuni autori, attraverso una prospettiva meramente teorica, sostengono che non sia opportuno valutare la personalità infantile in quanto in continuo mutamento dovuto allo sviluppo (es. Shapiro, 1990;) e per il rischio di stigmatizzare i bambini con diagnosi pesanti (Cicchetti & Crick, 2009; Tackett, 2010). Altri autori invece, attraverso prospettive cliniche (Kernberg, et al., 2000; Bleiberg, 2001) e di ricerca (Golombeck, et al., 1986; Bernstein, et al., 1993; Shiner, 2009; Tackett, 2010; Edmonds, et al., 2013; De Clercq & De Fruyt, 2012; De Clercq, et al., 2009) osservano sempre con più certezza la strutturazione precoce dei Disturbi di Personalità (DP) e la necessità di intervento precoce.

Ma il dibattito si caratterizza soprattutto per la limitazione di dati sistematici sulla questione e per il rifiuto di applicare categorie nosografiche adulte ai bambini. Le critiche che fanno riferimento alla caratteristica di stabilità della personalità e dei DP e alla loro intrattabilità non tengono conto delle ricerche dell'ultimo decennio (Esterberg, et al., 2010; Chanen, et al., 2008; Dweck, 2008; Rutter, et al., 2006) che hanno dimostrato come la personalità sia sempre in evoluzione, anche nell'adulto. Quindi la diagnosi di personalità va sempre intesa come una fotografia del momento e deve cogliere tutte le sfumature di cambiamento futuro che possono intervenire. Inoltre, il rischio di stigmatizzazione non è più grave del rischio di non ricevere una diagnosi, e quindi un trattamento, adeguati.

Inevitabile quindi la *vexata quaestio*: è meglio non mettere etichette e lasciare fare allo sviluppo il suo corso oppure intervenire col rischio di patologizzare? E se esistesse un'altra

via? Una via che prende forma dalla considerazione della personalità in evoluzione, del bambino in continuo cambiamento e la consapevolezza che nel divenire umano possano essere presenti molte variabili ma che le traiettorie evolutive possano essere indagate ed eventualmente corrette ove necessario? Sappiamo che esistono molti casi documentati, di strutturazioni precoci di DP con caratteristiche simili all'adulto già nell'infanzia. Ma sappiamo anche che questi casi sono pochi, mentre la maggior parte si colloca in una zona d'ombra attraversando indenni le maglie della diagnosi per poi dar luogo a vite di sofferenza. Questa prospettiva aiuta anche la comprensione della personalità adulta, ormai sempre più lontana dall'idea di cristallizzazione del passato.

Lo studio della personalità storicamente è sempre partito dall'adulto ma tutte le teorie hanno in comune la ricostruzione storica e retrospettiva delle infanzie dei pazienti. Si può facilmente immaginare quindi come ribaltare l'ottica di osservazione possa dare nuovo impulso allo studio della personalità, sulle traiettorie evolutive e i fattori di rischio e protezione (Cicchetti & Crick, 2009).

I DP nell'età adulta hanno un profondo e prolungato impatto sull'individuo, sulla famiglia e sulla società (Ruegg & Frances, 1995). Tutti gli studi clinici e di ricerca sui DP nell'adulto sottolineano i loro precursori precoci legati allo sviluppo, l'aumento di patologie correlate e il rischio per il funzionamento generale. Inoltre, peggiorano la prognosi di pazienti che soffrono di altre condizioni cliniche. Il corpus emergente dei dati empirici provenienti da uno studio longitudinale sui DP (Lenzenweger & Willett, 2009) suggerisce che questi sono molto più flessibili e plastici di quanto si pensasse in precedenza, quando erano considerati solo stabili, durevoli e persistenti. Ciò impone un approccio diverso ai DP in termini evolutivi e di possibile cambiamento.

La questione della continuità è centrale nello studio della personalità, perché non solo i segnali disadattivi dello sviluppo possono mettere in allerta rispetto alla costituzione di un DP

ma anche perché alcuni disturbi clinici in particolare ne sono predittori. Questo in parte risponde al dibattito già citato sulla possibilità di parlare di personalità già dalla prima infanzia. Se infatti traiettorie e patologie sono rintracciabili e collegabili ai DP significa che questi affondano le loro radici nell'infanzia con pattern di continuità che possono essere rintracciati e studiati (Caspi, 1998; Roberts & Del Vecchio, 2000). I tratti di personalità dall'infanzia all'età adulta mostrano prevalentemente una continuità eterotipica mentre la continuità diventa omotipica quando ci si riferisce al passaggio dall'adolescenza all'età adulta (Kagan, 1969; Komsis, et al., 2006). Quindi in altre parole mentre un DP in adolescenza resta costante fino all'età adulta, nell'infanzia vanno rintracciati altri aspetti clinici e disturbi che precedono quelli di personalità (Putnam, et al., 2008; Kasen, et al., 2009). Fino ad ora sono pochi gli studi che hanno provato a dimostrare la continuità eterotipica dei DP (Kasen & Cohen, 2009; Ruchkin & Schwab-Stone, 2003), l'indagine è complessa soprattutto per via della comorbidità con cui si manifestano i DP che si sovrappone in alcune aree alla continuità eterotipica (Angold, et al., 1999). Ma uno studio longitudinale (Lahey, et al., 2014) ha chiarito che i pattern di continuità eterotipici perdurano anche quando si interviene sui pattern omotipici e sulle sovrapposizioni di comorbidità. La sfida è capire il significato clinico dei pattern di sviluppo e collegarli ai DP adulti (Speranza & Fortunato, 2012).

Questi principi sono centrali per la comprensione delle patologie di personalità, sia per capire che dei tratti disadattivi non sono necessariamente predittivi di un disturbo, ma anche perché il livello di continuità dei tratti di personalità dall'infanzia all'adolescenza è molto più alto di quando si pensasse in passato (Fraleigh & Roberts, 2005; Roberts & Del Vecchio, 2000), e ancora più alto dall'adolescenza all'età adulta (Shiner, 2009). La relativa stabilità di specifiche diagnosi di DP tra l'adolescenza e l'età adulta (Clark, 2007; Zanarini, et al., 2003; 2007) può essere attribuita sia al metodo diagnostico categoriale che alla stabilità dei sintomi

e dei tratti (Shiner, 2009). Nell'infanzia invece, alcuni sintomi di personalità possono manifestarsi in modi diversi rispetto alle età successive.

Quest'ottica suggerisce che nell'infanzia è possibile rintracciare sia i fattori di rischio che possono portare alla costituzione di un DP nell'adulto sia disturbi veri e propri con caratteristiche specifiche (Kernberg, et al., 2000).

In linea con questa prospettiva diversi studi hanno dimostrato che l'idea che lo sviluppo sia una soluzione salvifica non è adeguata. Attraverso alcuni studi (es. Kagan & Zentener, 1996; Caspi, et al., 2003; De Clercq, et al., 2017) è stato possibile dimostrare la relazione tra i problemi della prima infanzia e la psicopatologia adulta, come ad esempio fra l'impulsività dei bambini in età prescolare, i problemi comportamentali in età scolare e il comportamento antisociale in adolescenza (Bergman, et al., 2009; Calkins & Keane, 2009; Lahey, et al., 2003; Moffitt, 2003). L'ADHD, il Disturbo Oppositivo-Provocatorio, i problemi del comportamento e il comportamento antisociale mostrano una continuità e hanno un serio impatto come fattori di rischio per i DP (Caye, et al., 2016; Moffitt, 2018; Wertz, et al., 2018). Stepp e collaboratori (2012), hanno confermato come alcune caratteristiche strutturanti dei disturbi del comportamento, ad esempio i sintomi impulsivi (Caspi, 2000), siano predittivi del disturbo di personalità Borderline. C'è anche una correlazione fra il ritiro e la timidezza nella prima infanzia e i tratti di personalità evitante in adolescenza (Eggum, et al., 2009).

Le stesse ricerche suggeriscono inoltre che i fattori che possono influenzare il rapporto tra i problemi nell'infanzia e i successivi disturbi clinici e di personalità sono il temperamento, un ambiente che accresce le vulnerabilità psicologiche e gli agenti stressanti. Cohen e collaboratori (1993) studiando i disturbi infantili hanno trovato che i disturbi psichiatrici nell'infanzia possono essere stabili tanto quanto quelli nell'età adulta. Allo stesso modo Costello e Angold (1995) hanno indicato che esiste una continuità nella vulnerabilità del bambino e che la presenza di un disturbo nell'infanzia aumenta la probabilità di un disturbo in

adolescenza. Inoltre, alcuni studi (Levy, et al., 1999; Stepp, et al., 2012) hanno dimostrato come siano rintracciabili caratteristiche di personalità già in età evolutiva. Per esempio, Belsky e colleghi (2012) segnalano che le caratteristiche della personalità borderline nell'infanzia e nell'età adulta sono simili e con una stessa eziologia, e Sharp e Tackett (2014) suggeriscono un esordio precoce per questo disturbo. È possibile quindi pensare che alcune caratteristiche riconducibili a disturbi mentali infantili siano invece componenti della personalità che se rintracciate possono facilitare una diagnosi che metta in allerta rispetto al futuro sviluppo.

Negli ultimi anni, una grande mole di ricerche ha accumulato sempre più conoscenza rispetto alla descrizione della personalità che prevede una struttura basata su cinque fattori, il cosiddetto modello Five Factor Model (FFM; McCrae & Costa, 1997; Widiger & Costa, 1994). Anche se ci sono alcune divergenze tra vari autori per quanto riguarda l'interpretazione di ogni fattore, c'è un sostanziale accordo rispetto al modo in cui utilizzare le seguenti etichette: Estroversione, Gradevolezza, Coscienziosità, Nevroticismo e Intelletto (o apertura all'esperienza) (John & Srivastava, 1999). Nella sua revisione, Shiner (1998) ha proposto una tassonomia teorica per la classificazione delle dimensioni della personalità infantile che comprendeva quattro dimensioni generali che possono essere riconducibili a quattro dei Big Five: Emotività Positiva (corrispondente a Estroversione), Emotività Negativa (corrispondente a Nevroticismo), Aggressività vs Comportamenti Prosociali (Corrispondente a Gradevolezza) e Autocontrollo (corrispondente a Coscienziosità). Alcune ricerche hanno evidenziato una continuità fra i Big Five nella tarda infanzia e nell'età adulta (Kohnstamm et al., 1995; 1998). In uno studio longitudinale di Caspi e colleghi (2003), il temperamento e i tratti di personalità come impulsività ed emotività negativa, osservati a 3 e a 26 anni mostrano correlazioni significative. In un altro studio longitudinale (Asendorpf, et al., 2008)

l'inibizione nei bambini è stata valutata come predittore di inibizione, problemi internalizzanti e infantilizzazione in ragazzi di 20 anni.

La caratteristica principale dei DP è che sono disadattativi, ed è questa qualità di funzionamento della personalità che mostra continuità nel tempo. Infatti, anche se un particolare tratto comportamentale può cambiare con lo sviluppo, il suo impatto disadattativo tende a persistere. Questa qualità può rimanere nascosta quando il bambino o l'adulto si trovano in situazioni strutturate o prevedibili e può apparire nei periodi di cambiamento o di stress.

I bambini sono soggetti in continuo cambiamento e utilizzano mezzi sempre diversi per affrontare, percepire, organizzare la loro esperienza soggettiva e per rapportarsi agli altri, proprio per questo è difficile pensare che i modelli di esperienza, di adattamento e di relazione di un bambino possano fissarsi in maniera rigida e disadattativa. Tuttavia negli ultimi vent'anni una ricerca evolutiva sempre più estesa ha fornito una base empirica per comprendere le interazioni dei fattori genetici e psicosociali che creano i fattori di rischio e di protezione 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 relazione (Beeghly & Cicchetti, 1994; Cicchetti & Rogosch, 1996; Cicchetti & Toth, 1995; Fonagy, 2000; Fonagy & Target, 1997; Perry & Pollard, 1998; Rutter, 1987; 1999; Sroufe, 1997; Wyman, et al., 1999). Tali studi convalidano la teoria di Paulina Kernberg (2000) secondo cui i bambini mostrano tratti e modelli caratteristici di percezione, relazione e pensiero sull'ambiente e su loro stessi, inclusi tratti quali impulsività, introversione, egocentrismo, ricerca di novità, inibizione, socievolezza, attività e così via. Secondo Kernberg questi tratti, se perdurano nel tempo, giustificano la diagnosi di DP a prescindere dall'età dei bambini.

Bleiberg (2001) suggerisce che la caratteristica che definisce i bambini con disturbo grave di personalità sta nella loro perdita o inibizione della capacità di mantenere un atteggiamento

mentale significativo, rimpiazzando la normale comprensione e trasmissione di stati mentali con un modo rigido e irriflessivo di organizzare l'esperienza e di relazionarsi agli altri. A sua volta questi modelli rigidi di organizzazione suscitano risposte interpersonali che tendono a rafforzare e convalidare ancora di più l'organizzazione interiore di questi bambini.

Lo sforzo di comprendere i problemi clinici ed evolutivi di questi bambini può essere fatto risalire agli ultimi anni '40 e ai primi '50, quando clinici come Mahler (1968; 1971; 1977), Ross e Defries (1949) e Weil (1954) identificavano un gruppo di bambini "atipici" il cui disturbo delle funzioni dell'Io e delle relazioni oggettuali era meno grave di quello presentato dai bambini psicotici, ma più grave di quello presentato dai bambini nevrotici. Mahler e colleghi (1975) collocarono questi bambini sull'estremo meno grave di un *continuum* che arriva fino alle condizioni psicotiche più gravi e più primitive, e introdussero il concetto di psicosi "benigna" o "borderline" per indicare uno spettro schizofrenico in cui le condizioni borderline ne rappresentavano una variante attenuata, meno grave. Ekstein e Wallerstein (1954) suggerirono il termine "borderline" per classificare quei bambini che non erano in procinto di diventare psicotici ma che presentavano un "*modello caratteristico di imprevedibilità che, paradossalmente, rappresenta uno dei loro aspetti più prevedibili*" (p. 345), fluttuando continuamente tra un livello nevrotico e uno psicotico. Questi studi hanno suscitato un interesse enorme, portando a numerosi tentativi di delineare gli aspetti evolutivi e clinici dei bambini borderline. Ad esempio, Bemporad e colleghi (1982) hanno precisato i seguenti criteri diagnostici:

- a) Oscillazione del funzionamento con oscillazioni rapide tra livelli semi-psicotici e livelli nevrotici dell'esame di realtà;
- b) Mancanza di "angoscia segnale" (Freud, 1926) e tendenza a stati di panico con preoccupazione per il dissolvimento del corpo, annientamento o abbandono;

- c) Distorsione dei processi di pensiero caratterizzata da oscillazioni tra pensiero normale e pensiero incoerente;
- d) Deficit nelle relazioni con difficoltà nel distinguere se stesso dagli altri, nel valutare i bisogni degli altri, nell'integrare diverse esperienze emotive;
- e) Mancanza di controllo degli impulsi o incapacità nel frenare affetti intensi, nel controllare la rabbia.

Ma sono state aggiunte anche altre caratteristiche come: disturbi nei rapporti interpersonali; disturbi del senso di realtà; livelli eccessivi di ansia; problemi di impulsività; sintomi simili a quelli nevrotici; sviluppo disarmonico o distorto. Tutti questi criteri clinici corrispondono esattamente ai criteri per gli adulti del disturbo borderline di personalità secondo la definizione nelle varie edizioni del DSM (APA, 2000, 2013).

Nella valutazione di questi disturbi nell'infanzia, però, vale la pena ricordare che il bambino si trova all'interno di un processo di sviluppo e quindi si presume che non necessariamente soddisferà pienamente i criteri per i DP, ma presenterà una serie di tratti disadattivi (Kernberg et al., 2000). La valutazione della personalità nei bambini, soprattutto alla luce dell'introduzione del concetto di organizzazione di personalità (O. Kernberg, 1984; P. Kernberg, et al., 2000), si basa sulla valutazione di caratteristiche del funzionamento psichico e pattern comportamentali. Sono stati descritti pattern di personalità durevoli e rintracciabili già in età prescolare come aggressività, strategie di coping non flessibili e attaccamento insicuro, che influenzano lo sviluppo di patologie, in particolare legate alla personalità. Anche l'emergere del senso di unità, la modulazione degli affetti, lo stile del pensiero, il mettersi in relazione con il mondo esterno, il senso di sé, l'empatia, l'impulsività sono caratteristiche che se non adeguatamente sviluppate possono intaccare lo sviluppo della personalità.

L'infanzia non può più essere vista come una riduzione in termini minimi dell'età adulta o adattamento dell'adolescenza. È il momento in cui si inizia a formare la psiche e si iniziano a

tracciare le traiettorie evolutive. La valutazione precoce della personalità permette di comunicare con più efficacia tra i clinici, con i pazienti, di intervenire precocemente e di aiutare la ricerca. Studi empirici sempre più numerosi (Ludolph, et al., 1990, Bernstein, et al., 1993; Westen, et al., 2005; Bradley, et al., 2005; Zanarini, et al., 2007) testimoniano oltre ad una prevalenza di circa il 15% nella popolazione adolescenziale di DP anche una possibile stabilità tra l'infanzia e l'età adulta (Caspi, et al., 2005; Lenzenweger, et al., 2005).

Classificazioni di Personalità

Quasi tutta la nosografia internazionale trascura i DP nell'infanzia. Tra i tentativi di categorizzazione troviamo il lavoro di P. Kernberg e collaboratori (2000). Questo tentativo nosografico si discosta di poco dalle categorie descritte per gli adulti. Le differenze si riscontrano nelle loro descrizioni e nei pattern utili a ritracciarle e identificarle. Troviamo tre cluster principali con le varie sottocategorie:

- Organizzazione nevrotica di personalità:
 - disturbo di personalità isterico (o istrionico),
 - disturbo evitante di personalità,
 - disturbo di personalità ossessivo-compulsivo.
- Organizzazione borderline di personalità:
 - disturbo borderline di personalità,
 - disturbo narcisistico di personalità,
 - disturbo antisociale di personalità.
- Organizzazione psicotica di personalità:
 - disturbo di personalità schizotipico,
 - disturbo di personalità schizoide,
 - disturbo di personalità paranoide.

Il più grande pregio di questo lavoro è di essere al momento unico e di aver messo in luce la necessità di indagini approfondite sulla personalità infantile. Il problema, come accennato, è che indaga le diverse tipologie di personalità infantile facendo riferimento alle diagnosi di personalità identificate per gli adulti. Quindi se da un lato coglie le diverse manifestazioni di questi disturbi, radicandone l'osservazione nell'infanzia, dall'altro non permette di capire se esiste una classificazione di personalità specifica dell'infanzia. Inoltre, soffermandosi solo sui disturbi trascurando le situazioni di compromissione in atto non ancora conclamate. Questa classificazione percorre quindi la continuità dei DP solo in senso omotipico. L'unica eccezione si ha per il disturbo dipendente che non viene incluso in quanto la dipendenza è un aspetto necessario e perlopiù sano dello sviluppo. Quello che manca però è la specificità di categorie pensate per l'infanzia con possibili esiti evolutivi differenti. Inoltre, in questo lavoro come in molti altri sull'infanzia, si tenda a considerare l'infanzia e l'adolescenza insieme, senza tener conto dell'enorme diversità delle singole fasi evolutive.

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

Il DSM-5 (APA, 2013) non riporta la valutazione della personalità nell'infanzia, ma per ogni categoria diagnostica di DP introduce le linee di sviluppo, ovvero mette l'accento sulle possibili esperienze infantili di questi pazienti. Ciò di fatto apre alla possibilità che i DP abbiano radici nell'infanzia con esperienze e vissuti comuni e rintracciabili.

Il DSM-5 ha introdotto alcune variazioni significative rispetto al DSM-IV-TR (APA, 2000). Per far fronte alla condizione di "eterogeneità" dei sintomi contemporanei e al conseguente alto livello di comorbidità diagnostica, il DSM-5 pone molta attenzione alla valutazione dimensionale del sintomo, attraverso una più attenta focalizzazione su determinati indicatori clinici: condivisione di substrati neurali, caratteristiche familiari, fattori di rischio genetici, specifici fattori di rischio ambientali, comorbidità, marker biologici, antecedenti

temperamentali, risposta al trattamento, similarità dei sintomi, decorso della malattia. Infatti, uno dei limiti del DSM-IV-TR era la concettualizzazione delle sindromi psichiatriche come entità discrete identificabili sull'assenza o la presenza di un certo numero di criteri.

Il DSM-5 introduce quindi il modello ibrido che affianca l'approccio dimensionale a quello categoriale. Viene quindi valutata la presenza di un sintomo ma anche la sua gravità, intensità e frequenza. Nel quadro clinico di ogni disturbo oltre i criteri diagnostici vi è la presenza di alcune ulteriori specificazioni, laddove è necessario evidenziare il livello di gravità del disturbo e la presenza/assenza di criteri determinanti.

Il DSM-5 propone una categorizzazione delle diagnosi non assiale (in passato Asse I, Asse II, Asse III), con notazioni separate per alcuni importanti fattori psicosociali e contestuali (in passato Asse IV) e la disabilità (in passato Asse V). Al fine di aumentare la specificità diagnostica, il DSM-5 ha sostituito la precedente designazione NAS (non altrimenti specificato) con due opzioni per l'indirizzo clinico: disturbo con altra specificazione e disturbo senza specificazione. Quando il clinico determina che vi sono evidenze per specificare la natura della manifestazione, allora è possibile attribuire la diagnosi con altra specificazione; al contrario quando il clinico non è in grado di specificare e descrivere ulteriormente la manifestazione clinica, allora è possibile utilizzare la diagnosi senza specificazione, vi è quindi più flessibilità decisionale.

Gli obiettivi del manuale così compilato sono:

- Fornire alla pratica clinica una guida appropriata, flessibile, e in grado di ridurre l'impatto delle differenze metodologiche;
- Definire nel modo più congruo possibile i disordini mentali, e limitare le dimensioni del "non altrimenti specificato" presente nel DSM-IV.

Il sistema multiassiale viene quindi superato, introducendo una definizione non assiale delle diagnosi, con annotazioni concernenti i più importanti fattori psicosociali. In accordo con le

indicazioni della World Health Organization (WHO) e dell' International Classification of Diseases (ICD), il funzionamento di un individuo viene considerato indipendentemente dal suo stato psicosociale e dal proprio contesto: gli Assi I, II e III vengono fusi ed integrati in un'unica entità; l'Asse IV (elementi psicosociali ed ambientali che potrebbero influenzare diagnosi, trattamento e prognosi della malattia mentale), viene rivisto secondo i codici dell'ICD-10 (World Health Organization, 1992) per enfatizzare i fattori di influenza più rilevanti tra quelli identificabili; l'Asse V (giudizio clinico circa il funzionamento globale dell'individuo) viene largamente rivisto, a vantaggio di un più diffuso utilizzo di reattivi psicometrici: la scala WHODAS (WHO disability assessment scale) viene proposta nella parte III del DSM-5 come riferimento per la valutazione funzionale globale (GAF: Global Assessment of Functioning).

In sintesi, il DSM-5 è organizzato in tre sezioni:

1. La I sezione, Principi fondamentali, fornisce un orientamento generale rispetto agli scopi, alla struttura, al contenuto e all'impiego del DSM-5.
2. La II sezione, Criteri diagnostici e codici, è dedicata alla descrizione dei quadri clinici e psicopatologici.
3. La III sezione, Proposte di nuovi modelli e strumenti di valutazione, comprende le scale di valutazione dimensionali, il World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS), l'Intervista per l'inquadramento culturale, un modello alternativo per diagnosticare i disturbi di personalità e le condizioni psicopatologiche che necessitano di ulteriori studi.

Per quel che riguarda l'infanzia è stata eliminata la categoria che si riferiva all'infanzia come età di esordio di alcuni disturbi e questi sono stati integrati all'interno del manuale con alcune specifiche nei vari disturbi. Il DSM-5 parte dai disturbi che solitamente insorgono

nell'infanzia, per poi passare a quelli che solitamente insorgono nell'adolescenza per terminare con quelli più specifici dell'età adulta.

Per quel che riguarda i disturbi di personalità, oltre all'eliminazione dell'apposito asse diagnostico non ci sono forti cambiamenti nella classificazione. Il DSM-5 continua ad affermare che questi disturbi restano principalmente identificabili nell'adolescenza e nell'età adulta.

Nel DSM l'introduzione dei DP è avvenuta con la terza edizione che introduceva l'asse II dove venivano indicizzati per la prima volta queste sindromi. Il DSM-IV-TR (APA, 2000) specificava che per effettuare tali diagnosi il soggetto deve avere almeno 18 anni. Nell'attuale DSM-5 non c'è più questa specifica, ma viene segnalato che comunque i DP riportati riguardano gli adulti o al massimo gli adolescenti. Con il tramonto dell'approccio multiassiale non è cambiata la classificazione dei DP e la suddivisione in cluster. I tre cluster che prima erano definiti Eccentrico, Drammatico, Ansioso, vengono più semplicemente definiti come A, B e C. Il cluster A comprende i disturbi paranoide, schizoide e schizotipico, il cluster B i disturbi antisociale, borderline, istrionico e narcisistico, il cluster C i disturbi evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo.

L'unica novità introdotta dal DSM-5 è il modello alternativo per la diagnosi dei DP, per una valutazione dimensionale del livello di funzionamento di personalità. La definizione di DP prevede una moderata o grave compromissione del funzionamento della personalità (criterio A) in associazione a uno o più tratti patologici (criterio B). Si aggiunge la necessità: di una relativa inflessibilità e pervasività del funzionamento (criterio C), di una stabilità nel tempo (criterio D), della non spiegazione dei sintomi tramite altri disturbi (criterio E), uso di sostanze (criterio F), condizioni di età o culturali (criterio G). I DP proposti in questa sezione sono sei: disturbo di personalità antisociale, disturbo di personalità evitante, disturbo di

personalità borderline, disturbo di personalità narcisistico, disturbo di personalità ossessivo-compulsivo e disturbo di personalità schizotipico.

La condizione necessaria ma non sufficiente per diagnosticare un DP è la presenza di una moderata o grave compromissione del funzionamento della personalità in due domini specifici, il sé e quello interpersonale, che vengono valutati lungo un *continuum*. Il Sé comprende due dimensioni: l'identità e l'autodirezionalità, come anche l'area interpersonale che comprende: l'empatia e l'intimità. Il grado di compromissione del funzionamento di personalità è valutato con la Scala del livello di funzionamento della personalità (Levels of Personality Functioning Scale; LPFS) lungo un *continuum* che va da 0 (poca o nessuna compromissione) a 4 (estrema compromissione).

La scala fornisce brevi descrizioni del funzionamento tipico in ogni dominio in base al livello di gravità. Se il soggetto presenta un livello di compromissione moderato o grave (punteggio di 2 o superiore) in due o più delle quattro aree (identità, autodirezionalità, empatia e intimità), si passa alla valutazione dei tratti patologici. I tratti di personalità, che risentono fortemente dell'influenza del modello Five Factor Model, possono essere definiti come modalità relativamente stabili di sentire, percepire, comportarsi e pensare in un'ampia gamma di situazioni. I tratti patologici sono organizzati in 5 domini: affettività negativa (vs stabilità emotiva), distacco (vs estroversione), antagonismo (vs disponibilità), disinibizione (vs coscienziosità), psicoticismo (vs lucidità mentale).

Se il profilo del paziente corrisponde a uno dei DP considerati si può fare diagnosi di DP specifico. Qualora invece il soggetto presentasse un pattern di compromissione nel livello di funzionamento di personalità in associazione ad alcuni tratti patologici che, però, non corrispondono al profilo di nessuno dei sei disturbi, la diagnosi sarà di DP tratto-specifico (PD-TS). La diagnosi di PD-TS include tutti i soggetti che presentano una manifestazione

mista o atipica dei DP. Questa diagnosi sarebbe il corrispettivo della vecchia diagnosi di DP “Non Altrimenti Specificato” (NAS).

PDM – Psychodynamic Diagnostic Manual

Il PDM (PDM task force, 2006) è il primo manuale ad inserire la valutazione della personalità nell’infanzia dall’età di 4 anni in poi, facendo riferimento alla personalità in formazione e ai suoi possibili sviluppi atipici, evidenziando come i tratti possano persistere nel tempo e segnalando la necessità di una valutazione approfondita di questi. Nella prima edizione del PDM infanzia e adolescenza erano insieme mentre la nuova edizione del manuale, il PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017), ha distinto la fascia 4-11 anni dall’adolescenza.

Il PDM (PDM task force, 2006) e il PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) incarnano il primo tentativo di elaborare una nosografia completa e sistematica derivata dalle conoscenze teoriche, cliniche ed empiriche di matrice psicodinamica, ma utilizzabile anche da professionisti della salute mentale di diverso orientamento teorico. Il PDM si propone come manuale complementare al DSM (APA, 2013) e si pone come una classificazione di persone più che di patologie da utilizzare per la diagnosi, la formulazione del caso e la pianificazione dell’intervento dando per scontate la comorbidità tra i disturbi psichici e di personalità e le diverse manifestazioni cliniche di uno stesso disturbo. Inoltre, il PDM prende in considerazione tutte le età partendo dal bambino appena nato arrivando fino all’anziano. È infatti costituito di 6 sezioni: la prima dedicata agli adulti, la seconda agli adolescenti, la terza all’infanzia, la quarta alla prima infanzia, la quinta agli anziani e la sesta dedicata agli strumenti di valutazione e ai casi clinici.

Il modello che segue è un modello evolutivo bio-psico-sociale che prevede:

- Fattori multipli (biologici, psicologici, relazionali) interagenti che, in ogni fase della maturazione, possono creare pattern di funzionamento sani o compromessi;

- Livello di sviluppo;
- Caratteristiche individuali;
- Pattern relazionali.

Le diagnosi del PDM sono prototipiche in quanto descrivono i diversi disturbi clinici e di personalità non come un pool di criteri/sintomi che, superato un numero soglia permette di fare una diagnosi, bensì basandosi su un insieme di tratti, segni e sintomi che formano una unità di senso a cui la presentazione clinica di un singolo paziente può approssimarsi in misura maggiore o minore. La logica prototipica è sempre maggiormente utilizzata ed è alla base di strumenti come la SWAP-200 (Westen & Shedler, 1999a; 1999b). Il livello di somiglianza tra un paziente e un prototipo può essere quindi valutato in modo dimensionale e si possono stabilire delle soglie cliniche oltre le quali la sovrapposizione tra la presentazione clinica e il prototipo permette di fare una diagnosi categoriale. Pertanto, il PDM coniuga la diagnosi dimensionale con quella categoriale permettendo una valutazione completa di tutti gli aspetti del funzionamento di un individuo.

I pregi di questo manuale sono il riuscire a coniugare clinica e ricerca e il superamento di un atteggiamento eccessivamente critico rispetto alla diagnosi da parte degli psicoanalisti. Il PDM è, infatti, un manuale pensato per l'utilizzo clinico ma con solide basi empiriche.

La struttura multiassiale consente valutazioni articolate e multidimensionali del funzionamento psichico dei pazienti, valorizzando anche l'esperienza soggettiva del paziente. Inoltre, permette anche di individuare le risorse del paziente utili per il trattamento.

L'ultimo punto a cui dar risalto come pregio di questo manuale è l'attenzione data all'età evolutiva. A differenza degli altri sistemi che trascurano la fascia di età dello sviluppo, il PDM ha tre intere sezioni a essa dedicate, differenziandole dall'età adulta, ma mantenendo una certa continuità. La diagnosi viene quindi effettuata sulla specificità dell'età considerata.

La valutazione diagnostica del bambino (4-11 anni) prevede un'osservazione globale degli aspetti del funzionamento mentale (asse MC), della personalità (asse PC) e del vissuto soggettivo dei sintomi (asse SC). Non si giunge quindi a una diagnosi osservando soltanto una parte del funzionamento o dei sintomi. L'asse di partenza per la valutazione è quello MC così composto:

A. Processi cognitivi e affettivi

1. Capacità di regolazione, attenzione e apprendimento
2. Capacità di fare esperienza, comunicare e comprendere gli affetti
3. Capacità di mentalizzazione e funzione riflessiva

B. Identità e relazioni

4. Capacità di differenziazione e integrazione (identità)
5. Capacità di relazioni e intimità
6. Regolazione dell'autostima e qualità dell'esperienza interna

C. Difese e Coping

7. Capacità di controllo e regolazione degli impulsi
8. Funzionamento difensivo
9. Capacità di adattamento, resilienza e risorse psicologiche

D. Autoconsapevolezza e autodirezione

10. Capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica)
11. Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali

Per ogni capacità specifica da valutare, dopo una spiegazione degli ambiti da indagare e le fonti da cui rilevare tali dati, c'è una specificazione per sottofasce d'età che tengono in considerazione le ulteriori differenze fra i bambini che compongono la fascia 4-11. La valutazione di ogni componente del funzionamento mentale viene effettuata su una scala tipo Likert a 5 punti. Il livello di funzionamento mentale è dato dalla somma dei punteggi

assegnati a ogni capacità. Il *continuum* va da sano (funzionamento mentale ottimale/sano) a nevrotico (funzionamento mentale da buono a lievemente compromesso), a borderline (funzionamento mentale da moderatamente/gravemente compromesso a limitazioni significative) a psicotico (funzionamento mentale con notevoli o gravi limitazioni). Nell'asse sono riportati sia la letteratura scientifica e clinica in materia che gli strumenti diagnostici più importanti. In questo asse è possibile effettuare una valutazione completa del bambino con indicazioni importanti anche per gli assi successivi. La multiassialità infatti, non è solo una convenzione ma un percorso valutativo, se il funzionamento mentale risulta compromesso ci si aspetta un funzionamento della personalità in linea con questo risultato.

Dopo il funzionamento mentale si passa alla valutazione della personalità. Se nell'asse MC si è valutata la gravità della compromissione del funzionamento mentale, nell'asse PC si contestualizza questo funzionamento in un insieme di fattori endogeni ed esogeni che influenzano lo sviluppo del bambino. Questi fattori sono: epigenetica, temperamento, neuropsicologia, stili di attaccamento, stili difesivi e fattori socioculturali. L'asse PC identifica gli stili emergenti e le difficoltà dell'infanzia.

Nell'asse viene riportato il dibattito presente sullo studio e la valutazione della personalità nei bambini, specificando che non necessariamente alcuni tratti osservabili nei bambini devono essere predittivi di DP adulti. Come già accennato nell'asse PC vengono riportate le quattro macro-categorie di personalità: psicotica, borderline, nevrotica e sana. Per ognuno di queste quattro categorie vengono specificati tutti i punti dell'asse MC e i fattori aggiuntivi sopra descritti, ma anche il modo in cui questi bambini vengono generalmente vissuti dal clinico e per illustrazione vengono riportate delle vignette cliniche. Non ci sono riferimenti alle diagnosi come nella prima edizione, la ragione risiede nella plasticità dello sviluppo. Inoltre, va detto che nella prima edizione essendo un asse unico infanzia-adolescenza, le diagnosi si riferivano principalmente alla seconda. Infine, sono riportati i principali strumenti diagnostici,

utili per la valutazione della personalità. In questo asse si effettua prima una valutazione dell'Identità, delle Relazioni Oggettuali, dei Pattern di Personalità Emergente e dell'Esame di Realtà su una scala tipo Likert a 10 punti, poi si valuta l'Organizzazione Complessiva di Personalità su una scala tipo Likert a 10 punti che va da 1 (Psicotico) a 10 (Sano).

La distinzione e il collegamento tra Asse MC e Asse PC rappresenta forse uno degli aspetti di maggiore rilievo di questa classificazione, in linea con i recenti contributi di ricerca. Da un punto di vista clinico, la personalità in formazione di un bambino può essere valutata in senso psicodinamico solo se si considerano alcuni aspetti fondamentali del funzionamento mentale. L'opportunità quindi di valutare questi aspetti, ma di mantenere separato un asse per la personalità, rende possibile considerare sia le caratteristiche evolutive del funzionamento mentale sia la natura dimensionale dei pattern di personalità.

Queste componenti della personalità da una parte sono influenzate dall'esperienza, dall'altra sono essi stessi dei fattori che influenzano la reattività del mondo circostante e che incidono su come il bambino interpreta e costruisce le proprie esperienze. Sono inquadrabili come aspetti interagenti che contribuiscono alla costruzione della personalità normale e dei DP. Per effettuare una diagnosi di personalità tutte queste componenti vanno studiate e esaminate da sole e nelle loro interazioni, ricordando che spesso i DP si presentano in comorbidità.

L'ultimo asse è quello relativo ai pattern sintomatici e alla loro esperienza soggettiva. Molti quadri riportati sono anche presenti sui principali manuali come DSM-5 e ICD-10. Per comprendere la natura di questi pattern in termini emergenti nello sviluppo, vengono distinti dagli adolescenti e dagli adulti e riportati in maniera distinta. I pattern sintomatici sono: Risposte sane (crisi evolutive e crisi adattive), disturbi dell'umore, disturbi correlati prevalentemente all'ansia, disturbi correlati a eventi di vita e condizioni stressanti, disturbi da sintomi somatici, disturbi psicofisiologici, disturbi del comportamento dirompente, disturbi delle funzioni mentali, disturbi dello sviluppo.

Strumenti di valutazione della Personalità Infantile

La valutazione della personalità infantile può essere affrontata da molteplici punti di vista teorici come da prospettive categoriali o dimensionali. È necessaria un'attenta considerazione del livello di sviluppo e della gravità dei suoi tratti problematici. La prospettiva dimensionale sembra essere quella più adeguata a valutare la continuità tra le manifestazioni nell'infanzia e nell'età adulta dei DP (Tackett, 2010). Esiste un accordo generale sul fatto che un approccio multi-metodo alla valutazione della personalità sia più auspicabile. Per i bambini, ciò implica l'utilizzo di interviste, strumenti self-report, scale di osservazione e misure basate sulla performance. Ciò comporta una complessità maggiore rispetto alla valutazione degli adulti.

Per quanto riguarda le interviste nell'infanzia sono stati fatti alcuni tentativi dall'esito incerto e con poca affidabilità psicometrica (Malberg, et al., 2017). Nel caso di bambini utilizzare un'intervista può non essere proficuo perché il bambino può non cogliere tutte le domande che gli vengono poste. Anche gli strumenti self-report comportano alcune difficoltà, legate soprattutto alle capacità di lettura e comprensione. Per questo P. Kernberg e collaboratori (1998) hanno creato il Children Play Therapy Instrument, uno strumento sistematico che valuta il gioco in psicoterapia, che può essere utilizzato per valutare i cambiamenti e l'esito del trattamento, oltre al funzionamento mentale del bambino.

Spesso, si predilige rivolgere le interviste o gli strumenti self-report ai genitori. Ma anche qui si trovano diversi problemi collegati alla capacità del genitore di leggere i problemi dei figli, all'atteggiamento difensivo che potrebbero assumere o al loro livello di psicopatologia. I genitori possono sovrastimare o sottostimare i problemi dei figli o presentare visioni discrepanti anche sullo stesso bambino (Tackett, 2010).

In generale, Geiger e Crick (2010) osservano come siano davvero pochi gli strumenti per valutare un DP nell'infanzia e che i pochi esistenti sono adattamenti di versioni per adulti oppure sono strumenti per bambini che fanno riferimento a categorie diagnostiche adulte.

Anche se gli strumenti self-report o valutati da un osservatore esterno ricoprono una certa importanza nella valutazione, non riescono a cogliere la molteplicità delle sfumature della personalità. Per questo, strumenti come i test proiettivi sono più adatti a valutare l'individuo in tutta la sua complessità. Questi strumenti sono anche denominati misure *performance-based* o *misure costruttive*.

Sono diversi gli strumenti utilizzati per la valutazione nell'infanzia. Fra i test proiettivi vale la pena citare il Rorschach, il CAT, il TAT, il TEMAS e il RATC-2 e i Disegni di figure. Fra i cognitivi, rivestono un ruolo centrale le scale Wechsler per la valutazione comportamentale e cognitiva. Dai test proiettivi, in particolare dal Rorschach, si possono avere informazioni e valutazioni di diversi costrutti come l'esame di realtà, il disturbo del pensiero, il funzionamento cognitivo, gli affetti e le rappresentazioni. Per valutare i pattern comportamentali si può utilizzare anche la CBCL (Achenbach, 1985), costituita da diversi item che corrispondono a caratteristiche di tratti di personalità che possono applicarsi alla diagnosi. Fra questi, alcuni item riflettono particolari DP per come sono descritti in letteratura e presenti nel DSM-IV-TR (APA, 2000). Altri rivelano qualità perduranti dei DP in generale (Kernber, et al., 2000). Il problema di questi strumenti è che o si focalizzano esclusivamente sulla sintomatologia oppure, quando valutano caratteristiche della personalità come i test proiettivi, non permettono una vera e propria diagnosi.

Esistono strumenti pensati per l'infanzia che permettono, attraverso la somministrazione di questionari, di giungere a una descrizione diagnostica. Uno di questi è il CPNI - Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (Coolidge, 2002) che ha un triplice scopo: a) valutare i 12 DP secondo i criteri dell'Asse II e l'Appendice B del DSM-IV-TR (APA, 2000); b) valutare il deficit neuropsicologico; c) misurare alcune diagnosi dei disturbi dell'Asse I del DSM-IV, insieme alle altre sindromi cliniche. Il questionario viene compilato dai genitori o dagli insegnanti e questo è uno dei suoi limiti. Inoltre, il riferimento

al DSM permette di identificare solo i casi in cui il DP sia già conclamato e simile alla strutturazione dell'adulto.

Sono stati sviluppati anche strumenti che si rifanno alla teoria dei Big Five come ad esempio lo HIPIC - Hierarchical Personality Inventory for Children (Mervielde & De Fruyt, 1999) e il NEO-PI-R (De Fruyt, et al., 2000). Questi studi hanno chiaramente evidenziato la possibilità di utilizzare i fattori dei Big Five per ottenere dei feedback circa la personalità dei bambini, soprattutto da parte degli adulti di riferimento. I questionari sviluppati da Eysenck (Junior Personality Questionnaire, JPQ, 1965) e da Coan e Cattell (1966) costituiscono altri esempi di valutazione di personalità dei bambini che utilizzano questo modello. È stato inoltre sviluppato un questionario specifico per misurare il Big Five nei bambini, il BFQ-C Big Five Questionnaire- Children version (Barbaranelli, et al., 2003) che non costituisce un adattamento della versione per adulti (BFQ, Caprara, et al., 1993). I cinque fattori di personalità del Modello dei Big Five in questa versione sono: Energia/Estroversione, Gradevolezza, Coscienziosità, Instabilità Emotiva, Intelletto/Apertura Mentale. Allo scopo di perfezionare le valutazioni di personalità in età evolutiva, è stato costruito il PPTQ-C Pictorial Personality Traits Questionnaire for Children (Maćkiewicz & Ciecuch 2016). Nonostante alcuni problemi con l'attendibilità, il PPTQ-C può essere considerato uno strumento valido per la valutazione dei tratti di personalità, in particolare in gruppi di bambini dai 7 ai 10 anni. L'aspetto principale di questo strumento è che i tratti di personalità sono rappresentati da dei disegni. Nello strumento al bambino viene chiesto di rispondere ad alcune domande ponendo la risposta lungo un *continuum* ai cui estremi ci sono delle immagini che rappresentano i poli del comportamento che il bambino può manifestare in diverse situazioni. L'utilizzo dell'immagine, più alla portata del bambino, è il punto di forza di questo strumento.

Il problema centrale di questi strumenti è l'informatore. Spesso infatti, si trova un certo disaccordo riguardo ai disturbi mentali dei bambini in base all'osservatore a cui si fa

riferimento. Se a compilare lo strumento è il genitore, questo potrebbe avere una visione parziale, sia in positivo che in negativo, del proprio figlio. D'altro canto, il soggetto che fornisce una descrizione della propria personalità rappresenta una fonte accurata di molte informazioni che possono essere considerate meno accessibili per gli osservatori esterni o che possono essere distorte dai pregiudizi. I bambini hanno la capacità di fornire delle descrizioni valide ed affidabili rispetto alla personalità dei loro coetanei; di conseguenza, è ragionevole pensare che essi abbiano anche la capacità di saper descrivere la propria personalità. Come raccomandato da Shiner (1998), quanto più lo strumento che viene utilizzato per valutare la personalità è coerente con le capacità cognitive e con le caratteristiche culturali dei bambini, tanto più le informazioni raccolte saranno accurate e affidabili. Questo però ovviamente può riguardare solo bambini più grandi e non la prima infanzia. Inoltre, bisogna tener conto che quando si valuta la personalità, i deficit ad essa collegati possono portare alla possibile mancanza di *insight* e di comprensione del sé che non rende l'auto-descrizione il metodo d'elezione per la valutazione della personalità.

Poiché nessun singolo informatore può essere considerato come *gold standard*, potrebbe essere necessario, al fine di valutare la personalità nell'infanzia, l'utilizzo di diversi strumenti che si riferiscono a informatori diversi.

Tra tutti i possibili informatori il clinico può essere considerato uno fra i più attendibili per la sua conoscenza specifica del paziente. Il lavoro diagnostico del clinico può basarsi sull'osservazione, senza interferenze personali collegate al legame affettivo o ad una visione parziale, o alla volontà di dare di sé una certa immagine.

Tra gli strumenti *clinician-report*, ad oggi, uno dei metodi più affidabili e diffusi è il metodo Q-Sort. Un Q-Sort è un insieme di affermazioni che descrivono aspetti differenti del paziente. Un clinico o un intervistatore, con una conoscenza completa del paziente, ordinano le affermazioni in un certo numero di categorie sulla base del grado in cui le affermazioni

descrivono il paziente, partendo da quelle che sono inapplicabili o per nulla descrittive fino a quelle che sono molto descrittive. Questa procedura permette misurazioni che possono essere utili sia per scopi clinici che di ricerca, in quanto è in grado di tradurre giudizi clinici in resoconti narrativi quantificati (Westen, et al., 2003). Nel caso della valutazione della personalità il Q-Sort racchiude quindi affermazioni che descrivono diversi aspetti della sia personalità che del funzionamento psicologico.

I pregi di questo sistema sono:

- Fornire un ritratto dettagliato della patologia e degli elementi della personalità del paziente;
- Tradurre affermazioni significative in item quantificabili rispetto ai quali più osservatori possono essere d'accordo;
- Fornire un quadro sia degli aspetti sani che di quelli patologici della personalità;
- Fornire indicazioni anche rispetto alla presenza di tratti e non solo di patologie di personalità;
- Dare una descrizione del paziente attraverso un profilo di personalità e non solo di presenza o assenza di patologie;
- Essere utile per la ricerca sugli esiti della psicoterapia;
- Fornire una diagnosi attraverso il confronto con dei prototipi.

SWAP-200 – Shedler Westen Assessment Procedure

La SWAP-200 sviluppata da Westen e Shedler (1999a; 1999b) è una procedura valutativa di tratti e stili di personalità sani e patologici per adolescenti e adulti, utile per scopi clinici e di ricerca. Permette di raccogliere informazioni sulla personalità in forma sistematica e quantificabile, non solo sui tratti e sui sintomi ma anche sulle risorse del paziente, arrivando a costruire una nosografia empiricamente derivata della personalità.

È costituita da 200 item descrittivi, o affermazioni, di diversi aspetti della personalità, sia sani che patologici. Sono scritti secondo un vocabolario standard con linguaggio chiaro, privo di ambiguità e non gergale. Gli item derivano dalle diagnosi del DSM-IV, dalla letteratura clinica e empirica di materia psicologica, psichiatrica e psicoanalitica su personalità, meccanismi di difesa e coping, regolazione affettiva, stili cognitivi e specifici sintomi psicopatologici. Richiedono un livello medio di inferenza, facendo riferimento al correlato fenomenologico di costrutti più o meno astratti (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Il funzionamento dello strumento è il seguente: il clinico deve ordinare gli item in 8 gradi di rappresentazione del paziente, da 0 (per nulla descrittivo) a 7 (del tutto descrittivo). Per ogni categoria si possono assegnare solo un numero prefissato di item. Questa procedura è definita distribuzione fissa e consente di minimizzare l'errore di misura. Quindi il clinico deve chiedersi quanto un item è descrittivo del paziente anche in relazione agli altri item presenti nello strumento.

La valutazione con la SWAP permette di ottenere due tipi di diagnosi ed entrambe possono essere sia categoriali che dimensionali. La prima è la diagnosi secondo le scale PD (*Personality Disorders*) che deriva dal grado di correlazione o somiglianza tra il profilo del paziente e le 11 scale diagnostiche PD. Queste 11 scale descrivono i disturbi di personalità del DSM e un paziente sano ad alto funzionamento. La seconda è la diagnosi secondo i Fattori-Q, che deriva dal grado di correlazione o somiglianza tra il profilo del paziente e i fattori empiricamente derivati. Per ricavare questi fattori è stata utilizzata la Q-Analysis applicata alle descrizioni di pazienti reali con diagnosi di personalità. L'analisi permette di identificare gruppi di variabili che sono molto simili tra loro, ma non correlano a variabili di altri gruppi. Questi gruppi sono i Fattori-Q, ovvero diagnosi reali di personalità, così come si presentano in natura. I risultati ottenuti da Shedler e Westen (1999a; 1999b) suggeriscono che esistono categorie diagnostiche differenti da quelle del DSM, teoricamente e clinicamente

significative. Alcune sono simili a quelle dell'asse II, ma hanno differenze massimizzate e comorbidità minimizzata. Altre invece, sono differenti dai disturbi contemplati nel DSM (Westen, et al., 2003). Il contributo più importante di questo metodo è stato quindi quello di sviluppare un sistema di classificazione significativo dei DP, i Fattori-Q che essendo di derivazione empirica descrivono gruppi di pazienti reali.

Quando un clinico utilizza la SWAP i punteggi finali vengono rappresentati su un grafico, nel quale ogni punto indica il livello di somiglianza ad un prototipo. I punteggi grezzi vengono trasformati in punti T con media 50 e deviazione standard 10. Più il punteggio T supera 50 e più è grande la somiglianza. I dati hanno indicato che un punteggio di 60 è il cut-off necessario per fare la diagnosi. Il picco, cioè il punteggio più alto, è considerato la diagnosi primaria.

La SWAP-200 permette di descrivere lo stile di personalità e questo non vuol dire che faccia necessariamente descrizioni patologiche. Uno stile diventa patologico se non coesiste uno stile di personalità ad alto funzionamento (> o uguale a 60) e se ha una somiglianza spiccata con uno o più prototipi SWAP (> o uguale a 60). Se il punteggio è fra 55 e 60 si parla di forte tratto. La diagnosi categoriale si ottiene attraverso un punteggio di disturbo di personalità che indica il grado di somiglianza del paziente ai prototipi diagnostico delle scale PD e dei Fattori-Q. Inoltre, si ottiene una diagnosi descrittiva del paziente, utile per il trattamento clinico, utilizzando gli item maggiormente descrittivi (con punteggio 6 o 7). Con questi 30 item si ha la *formulazione del caso* in contemporanea alla diagnosi categoriale. Infine, per un uso esclusivamente clinico si può utilizzare la diagnosi *prototype matching* che si ottiene valutando su una scala da 1 (nessuna corrispondenza) a 5 (corrispondenza molto forte) il livello di somiglianza complessiva tra il paziente e le scale PD e i Fattori-Q (Shedler, et al., 2014; Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Lo strumento è stato rivisto e aggiornato (SWAP-II – Westen, et al., 2012) con la finalità di migliorarne la tenuta psicometrica. Nel corso della revisione alcuni item sono stati modificati o riscritti, altri eliminati e altri ancora aggiunti. Le principali innovazioni riguardano: l'ampliamento del campione con il coinvolgimento anche di pazienti che non soddisfano i criteri di DP secondo il DSM, questo per creare una nuova tassonomia di personalità applicabile anche a situazioni subcliniche; la variazione della procedura di identificazione dei pattern di personalità che adesso comprende anche tre *cluster* (internalizzante, esternalizzante e borderline) oltre ai vari disturbi; un maggior utilizzo della procedura *prototype matching* (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

SWAP-200-A – Adolescenza

La SWAP-200 ha trovato applicazione prima nel campo dei DP degli adulti e successivamente in quello degli adolescenti con la creazione della SWAP-200-A (Westen, et al., 2005). I DP si manifestano già con chiarezza negli adolescenti ma la mancanza di dati e di studi ha prodotto una reticenza alla loro applicazione prima dei 18 anni, così come suggerito dai manuali come il DSM.

Negli ultimi decenni però, le ricerche hanno dimostrato che la personalità è già formata in adolescenza, anche se non è immutabile, ma mettono in luce la necessità di identificare le caratteristiche specifiche della personalità in questa fase e i cambiamenti che vi possono avvenire. Inoltre, il dibattito tra il modello della crisi e quello della continuità in adolescenza ha portato un continuo spostamento di ottica fra ciò che negli adolescenti può essere considerato naturale e ciò che invece va considerato come un disturbo.

Oltre alle ricerche, anche l'esperienza clinica con i pazienti adolescenti ha contribuito ad identificare in questa fase della vita caratteristiche specifiche di personalità identificabili. Se è vero che nella prima adolescenza i DP sono meno differenziati è anche vero che esistono linee

evolutive rintracciabili. La difficoltà di rintracciare questi antesignani dei DP in adolescenza sta nell'utilizzo delle categorie adatte agli adulti. In questo modo si è persa la specificità dell'età, probabilmente non cogliendo i fattori di rischio e identificando soltanto i DP già conclamati.

Le specificità dell'adolescenza possono essere ritrovate nella teoria psicoanalitica che evidenzia come i desideri, le paure, i conflitti e le attribuzioni di valori siano il risultato di una formazione di compromesso che soddisfa più spinte motivazionali possibili. Ma vanno anche considerate le risorse adattive che comportano sostanziali cambiamenti nel corso di questa fase di vita e infine, va considerata l'esperienza che gli adolescenti fanno di sé e degli altri e delle loro relazioni.

Lo studio per la validazione della SWAP-200-A, condotto in maniera analoga a quello per gli adulti, ha permesso di verificare che in adolescenza i DP sono già presenti, ha messo in evidenza le caratteristiche specifiche di questa fase e ha permesso l'identificazione di una classificazione della patologia tipica per questa età della vita. Lo strumento, applicabile dai 14 ai 18 anni, si basa sugli stessi principi di quello per gli adulti con alcune variazioni significative nel contenuto degli item, ma ancora più importante con ha permesso di identificare differenti Fattori-Q.

Capitolo 2 – L’IMPIANTO TEORICO E LA COSTRUZIONE DELLO STRUMENTO

Q-SORT

Il lavoro teorico descritto nel primo capitolo è stato il primo, necessario, passo per la costruzione dello strumento Q-Sort. Quando Westen e Shedler (1999a; 1999b; 2003; 2005; 2012; 2014) hanno lavorato alla costruzione della SWAP-200 il punto di partenza è stato il DSM e la sua classificazione dei DP. Esisteva già una teoria e una classificazione di riferimento, che poi le ricerche hanno solo in parte confermato. Nel caso dell’adolescenza sono stati usati gli stessi riferimenti teorici dell’età adulta, partendo dal presupposto che i DP si fossero già formati e con sintomi simili agli adulti. In questo caso le ricerche con la SWAP-200-A hanno permesso di arrivare ad una classificazione dei DP per adolescenti, distinti da quelli adulti, con le loro specificità. Nel caso dell’infanzia, come è stato discusso, prendere come modello di riferimento l’età adulta sarebbe stato un errore per vari motivi: non si ha certezza della concreta esistenza dei DP nell’infanzia, gli eventuali quadri clinici collegati alla personalità dovrebbero avere caratteristiche specifiche per l’infanzia (come per l’adolescenza) e non essere solo un adattamento dei sintomi adulti, e infine, ciò che più conta è poter tracciare le traiettorie evolutive e riconoscere i fattori di rischio dello sviluppo dei DP. Di conseguenza, per effettuare una ricerca simile, mancando una classificazione a cui far riferimento, abbiamo dovuto procedere prima con una ricognizione della letteratura per costruire il modello teorico dei Pattern Emergenti di Personalità Infantile (Fortunato & Speranza, 2018).

Abbiamo così ricavato 7 prototipi di Pattern di Personalità Emergente (Inibito/Ritirato, Ossessivo Patologico, Disforico, Disregolato, Narcisistico Patologico, Sospettoso e Schizoide) a cui si aggiunge il prototipo di personalità Sano. Questi Pattern sono stati poi descritti attraverso tutte le componenti del funzionamento mentale e tutte le caratteristiche che

contribuiscono allo sviluppo di un DP identificate dal PDM-2. Il procedimento seguito consiste non solo nell'approfondire tutta la letteratura sui DP nell'infanzia ma anche tutti gli studi sui vari quadri clinici che, da diverse ricerche, sappiamo connessi con i DP. Vale a dire che anche se non esiste ancora una classificazione di personalità infantili, esiste una grande mole di dati sull'infanzia che in parte fa riferimento alla personalità, anche quando non la chiama così.

Queste descrizioni sono state poi tradotte in item. A questi sono stati aggiunti anche item che descrivono altre condizioni cliniche rilevanti nello sviluppo e che in una valutazione di personalità sono importanti da considerare. Lo strumento Q-Sort, infatti, permette oltre alla diagnosi attraverso la comparazione con un prototipo anche una diagnosi descrittiva attraverso gli item che maggiormente descrivono il paziente. Per questo le condizioni cliniche non possono essere lasciate fuori da una visione globale dell'individuo. Gli item totali che compongono lo strumento sono 200 e sono formulati in modo semplice, ateorico e non gergale e secondo quello che potremmo definire il "linguaggio SWAP", ovvero "tende a...". Indicare la tendenza e non l'assoluto considera che una funzione, anche se acquisita, non viene presentata sempre in ogni condizione, ma nella maggior parte delle situazioni e dei contesti. Alcuni item possono riferirsi, seppur con pesi diversi, a più Pattern.

I Pattern Emergenti di Personalità Infantile

Nonostante il dibattito ancora in corso sulla personalità infantile, i timori di stigmatizzazione, le considerazioni sull'impatto dello sviluppo e la questione dell'intervento clinico, considerare le traiettorie evolutive può permettere di individuare attraverso una approfondita e sistematica *review* della letteratura, dei Pattern Emergenti di Personalità Infantile. Questi Pattern sono da considerarsi come precursori, linee di sviluppo, che durante l'infanzia, integrandosi con lo sviluppo, le vulnerabilità biologiche, le questioni ambientali, hanno il

potenziale di definire un approccio longitudinale di sviluppo della personalità e della sua possibile psicopatologia (Blatt & Luyten, 2009). Questo approccio raccoglie la sfida di indagare la personalità infantile coniugando le prospettive top-down (teoria) e bottom-up (ricerca) e le evidenze cliniche (Fortunato & Speranza, 2018).

Per illustrare il modello teorico che abbiamo costruito per questo progetto di ricerca inizieremo attraverso un percorso di ricostruzione teorica che segue il processo dall'età adulta all'infanzia, in maniera retrospettiva. Questo procedimento è quasi obbligato in quanto è nell'età adulta che troviamo maggiori spunti teorici e richiami all'infanzia dei pazienti. Questo primo passo è quindi necessario per poi ripercorrere, nel corso della ricerca, il processo di sviluppo in senso evolutivo, dall'infanzia in poi. Nella Tabella 1 si trovano tutte le classificazioni esistenti di personalità, organizzate secondo il modello di O. Kernberg (1975; 1976; 1978; 1984; 2005) delle organizzazioni di personalità. Questo modello prende in considerazione l'integrazione dell'identità, i meccanismi di difesa, le relazioni oggettuali e l'esame di realtà.

Tabella 1. Attuali classificazioni di disturbi di personalità negli adulti, negli adolescenti e nell'infanzia e la nostra proposta teorica dei Pattern Emergenti di Personalità Infantile (ultima colonna).

ORGANIZZAZIONI DI PERSONALITÀ	DSM-5	DSM-5 Modello Alternativo	PDM-2 – Asse PA (adolescenza)	SWAP-200-A – Fattori Q (adolescenza)	P. Kernberg et al. (2000) (infanzia)	PATTERN EMERGENTI DI PERSONALITÀ
NEVROTICA	Dipendente		Dipendente / Vittimizzato	Rifiuto dei pari		INIBITO / RITIRATO
	Evitante	Evitante	Ansioso / Evitante		Evitante	
	Ossessivo - Compulsivo	Ossessivo - Compulsivo	Ossessivo	Ansioso Ossessionato	Ossessivo - Compulsivo	OSSESSIVITÀ PATOLOGICA
			Depressivo	Disforia / Inibizione		DISFORICO
BORDERLINE	Borderline	Borderline	Borderline	Disregolazione Emotiva	Borderline	DISREGOLATO
	Istrionico		Impulsivo / Istrionico	Sessualizzazione Istrionica e Conflitto Sessuale	Istrionico	
	Narcisistico	Narcisistico	Narcisistico	Psicopatia / Narcisismo Maligno e	Narcisistico	NARCISISMO PATOLOGICO
	Antisociale	Antisociale	Antisociale / Psicopatico	Comportamento Delinquenziale	Antisociale	
PSICOTICA	Paranoide		Paranoide		Paranoide	SOSPETTOSO
	Schizoide		Schizoide		Schizoide	SCHIZOIDE
	Schizotipico	Schizotipico		Schizotipia	Schizotipico	

Come si può vedere dalla Tabella 1 c'è una certa omogeneità e continuità nelle classificazioni, soprattutto in quelle degli adulti. Alcune classificazioni, ad esempio il PDM-2, introducono meglio di altre la questione dello sviluppo. La classificazione di P. Kernberg e collaboratori (2000), come è stato discusso, è l'unica che si riferisce direttamente all'infanzia ma come si può vedere è molto influenzata dalla classificazione degli adulti. Lo scopo di questi autori era di descrivere le varie tipologie di personalità per come si manifestano nell'infanzia e non proporre una classificazione diversa. L'unico elemento distintivo si trova nel disturbo dipendente che gli autori non ipotizzano presente nell'infanzia in quanto la dipendenza è un aspetto sano e necessario allo sviluppo. Sarebbe quindi difficile distinguere la quota di dipendenza sana da quella patologica. Del PDM-2 abbiamo riportato la classificazione degli adolescenti perché come già visto, nell'infanzia non c'è una proposta di classificazione.

L'unica classificazione derivata empiricamente e quindi non frutto di un compromesso teorico, è quella dei Fattori-Q ottenuta con la SWAP-200-A (Westen, et al., 2005) attraverso la quale si possono fare alcune considerazioni:

- Le personalità evitanti e dipendenti non sono presenti e sono probabilmente difficili da collocare e distinguere anche nell'infanzia. Entrambe possono essere tratti dello sviluppo e hanno zone di sovrapposizione parziale. Probabilmente per questo, in questa area è stato trovato un solo fattore-Q di "ritiro dei pari" in adolescenza. Si può quindi ipotizzare che esista un unico pattern anche nell'infanzia che può portare a due differenti manifestazioni nell'adulto.
- I fattori di ossessività e disforia mostrano continuità e manifestazioni simili durante lo sviluppo dall'adolescenza all'età adulta. È quindi possibile ipotizzare una continuità omotipica dall'infanzia.
- I fattori borderline/disregolato e istrionico mostrano continuità nello sviluppo ma il conflitto sessuale dell'istrionismo è centrato sul corpo sessuato puberale. Le manifestazioni cliniche di questi disturbi come l'instabilità, la reattività e la disregolazione sono simili e parzialmente sovrapponibili e ciò li rende difficilmente distinguibili nell'infanzia. Pertanto, si può ipotizzare un pattern unico nell'infanzia che può portare a due differenti manifestazioni già nell'adolescenza e poi nell'adulto.
- I fattori narcisistico e antisociale sono aggregati nell'adolescenza. Questi disturbi hanno caratteristiche differenti, specialmente sul senso di colpa e nella socializzazione, ma condividono comportamenti distruttivi come antecedenti nell'infanzia. Inoltre, hanno in comune la fragile autostima e il Sé grandioso. Probabilmente la loro distinzione è più chiara nell'età adulta ma nell'infanzia si può ipotizzare una condizione simile che poi si distingue durante lo sviluppo.

- Il fattore schizotipico è presente nell'adolescenza a differenza di quello schizoide. Questi due disturbi, che sono parzialmente sovrapponibili, sembrano in continuità e uno può evolvere nell'altro, dove quello schizoide può essere la manifestazione attenuata di quello schizotipico. Si può quindi ipotizzare un pattern unico nell'infanzia.
- Non è presente un fattore paranoico, probabilmente perché è difficile da valutare durante lo sviluppo. Nonostante la scarsità di ricerche su questo tipo di disturbo è durante lo sviluppo che la paranoia si costruisce. Si può ipotizzare un pattern, che seppur attenuato, è presente già dall'infanzia in continuità omotipica con l'adulto.

Nell'ultima colonna della Tabella 1, è riportata la proposta teorica dei Pattern Emergenti di Personalità Infantile. Questi Pattern non sono disturbi ma il tentativo di concettualizzare le traiettorie evolutive di personalità che possono o meno esitare in un disturbo adulto. Dopo la descrizione della personalità sana, necessario punto di partenza per le altre tipologie di personalità, proveremo a meglio definire questi Pattern in termini di funzionamento mentale, comportamentale, appoggiandoci a dati clinici e di ricerca (Fortunato & Speranza, 2018).

Organizzazione Sana di Personalità

La personalità sana presenta processi cognitivi e affettivi di alto funzionamento come: buone capacità di regolazione, attenzione e apprendimento, movimento e linguaggio nella norma e un buon funzionamento scolastico. La capacità di espressione, di comunicazione e di comprensione delle emozioni è buona. Questi bambini sanno fare uso dell'umorismo e hanno in generale un buon adattamento. Presentano un'identità integrata e la capacità di differenziazione sé-altro. Nelle relazioni sono capaci di intimità, di scambi reciproci e hanno amicizie soddisfacenti. Sono in grado di regolare l'autostima con una visione di sé positiva, non esagerata e fiduciosa. Le difese e le strategie di coping sono al servizio della gestione

degli impulsi aggressivi senza però passività. Sono capaci di competere e hanno ambizioni nella norma. Sono capaci di gestire l'ansia e gli affetti negativi senza disorganizzarsi e facendosi consolare dai genitori. L'esame di realtà è intatto, sanno infatti distinguere la fantasia dalla realtà, così come i propri pensieri da quelli dell'altro. Hanno la capacità di adattarsi in modo flessibile, sono resilienti e forti (Lingardi & McWilliams, 2017).

Tabella 2. Funzionamento mentale e altri fattori significativi del Pattern Emergente di Personalità Sana.

FUNZIONAMENTO MENTALE E ALTRI FATTORI	ORGANIZZAZIONE SANA
PROCESSI COGNITIVI E AFFETTIVI	Alto funzionamento cognitivo e affettivo: buone capacità di regolazione, attenzione e apprendimento. Movimento e linguaggio nella norma. Buona capacità di espressione, di comunicazione e di comprensione delle emozioni. Uso dell'umorismo e buon adattamento generale.
IDENTITÀ E RELAZIONI	Identità integrata e capacità di differenziazione sé-altro. Nelle relazioni capacità di intimità, di scambi reciproci. Amicizie soddisfacenti. Buona regolazione dell'autostima con una visione di sé positiva, non esagerata e fiduciosa.
DIFESE E COPING	Le difese e le strategie di coping sono al servizio della gestione degli impulsi aggressivi senza però passività. L'esame di realtà è intatto: distinzione fra fantasia e realtà, pensieri propri da quelli dell'altro. Capacità di adattarsi in modo flessibile, resilienza e forza dell'Io.
CONSAPEVOLEZZA DI SÉ E AUTODETERMINAZIONE	Auto-osservazione, standard morali e etici presenti. Capacità di competere e ambizioni nella norma.
TEMPERAMENTO	Sano con un buon funzionamento generale.
NEUROPSICOLOGIA	Nessun deficit o problema di apprendimento, buon funzionamento scolastico.
STILE DI ATTACCAMENTO	Sicuro. Capacità di gestire l'ansia e gli affetti negativi senza disorganizzarsi e facendosi consolare dai genitori.
MECCANISMI DI DIFESA	Difese mature.

Come indicato la descrizione è stata tradotta in item di cui riportiamo in maniera esemplificativa i 7 più significativi.

PERSONALITÀ SANA

- Tende ad avere intuito psicologico; riesce a capire se stesso/a e gli altri
 - Tende ad essere empatico/a, sensibile e responsivo/a verso i bisogni e i sentimenti degli altri
 - Tende ad avere rapporti caratterizzati da intimità e vicinanza, ha degli amici preferiti
 - Tende a esprimere affetti appropriati per qualità e intensità alla situazione che sta vivendo
 - Tende a sentirsi a proprio agio in situazioni sociali
 - Tende ad essere capace di fronteggiare lo stress o le situazioni stressanti e conflittuali con sentimenti appropriati (per qualità e intensità alla situazione che sta vivendo)
 - Tende ad esprimersi in modo appropriato all'età
-

Organizzazione Nevrotica di Personalità

L'asse PC del PDM-2 (Lingardi & McWilliams, 2017) descrive questi bambini come molto razionali e con un buono livello di adattamento, capaci di confrontarsi con circostanze nuove e stimolanti; questi bambini possono anche essere impulsivi, oppositivi o distruttivi ma quando vengono affrontati con sensibilità possono riprendere il controllo, riflettere su ciò che hanno fatto e apprezzare la prospettiva dell'altro. Sono capaci di empatia, rimorso e senso di colpa. Mantengono intatto l'esame di realtà e hanno un buon senso di chi sono. Hanno relazioni intime, sia con i pari che con gli adulti. Le possibili difficoltà relazionali sono risolte senza sforzi eccessivi. Gli affetti sono nella norma e appropriati al contesto.

Secondo il modello di O. Kernberg (1975; 1976; 1978; 2005), l'organizzazione nevrotica di personalità presenta bassi livelli di patologia, e rappresenta il livello di funzionamento più alto della personalità. Il DSM-5 (APA 2013) descrive il Cluster C in modo simile. Questo Cluster viene definito Ansioso e comprende: Disturbo Dipendente di Personalità (DDP), Disturbo Evitante di Personalità (DEP) e Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP).

La Tabella 3 mostra una sintetica descrizione dei Pattern Emergenti di Personalità che abbiamo ipotizzato essere inclusi nell'organizzazione nevrotica.

Tabella 3. Funzionamento mentale e altri fattori significativi del Pattern Emergente di Personalità Nevrotica.

FUNZIONAMENTO MENTALE E ALTRI FATTORI	ORGANIZZAZIONE NEVROTICA		
	INIBITO/RITIRATO	OSSESSIVITÀ PATOLOGICA	DISFORICO
PROCESSI COGNITIVI E AFFETTIVI	Inibizione, coartazione, difficoltà ad esprimere emozioni negative, sentimenti di inadeguatezza e depressione. Empatia.	Range di affetti limitati. Pensieri bizzarri, ossessioni e compulsioni. Mancanza di empatia.	Anedonia, depressione, Inibizione e coartazione.
IDENTITÀ E RELAZIONI	Troppo dipendente dagli adulti, problemi coi pari. Vergogna e paura dell'intimità. Poca autostima.	Coartazione e rigidità, preferenza per le attività. Autostima dipende dal rendimento. Nessuna intimità.	Passività e bisogno degli adulti, problemi coi pari. Nessuna intimità e ritiro sociale. Poca autostima.
DIFESE E COPING	Adattabilità, resilienza, forza e controllo degli impulsi. Bisogno degli altri per regolazione.	Routine, rituali, competizione, sofferenza per perdita di controllo.	Passività.
CONSAPEVOLEZZA DI SÉ E AUTODETERMINAZIONE	Auto-osservazione, standard morali e etici presenti ma eccessivamente autocritici.	Autocritica, standard interni irrealistici, odio per i difetti, sensibilità alle critiche.	Senso di colpa, autocritica e autopunizione.
TEMPERAMENTO	Irritabilità, ansia, testardaggine, timidezza, evitamento.	Testardaggine, ipervigilanza, alto arousal e bassa soglia del dolore.	Apatia, eccessiva risposta agli stimoli.
NEUROPSICOLOGIA	Nessun deficit o problema di apprendimento.	Apprendimento compromesso per rituali e ossessioni.	Apprendimento compromesso per la paura di apparire e degli altri.
STILE DI ATTACCAMENTO	Ansioso/Evitante. Molta attenzione agli adulti. Genitori ansiosi, spaventati e molto critici.	Genitori influenzano le paure, i comportamenti e il bisogno di controllo.	Genitori reprimono la rabbia. Bisogno degli altri e paura del ritiro. Molta attenzione agli adulti.
MECCANISMI DI DIFESA	Difese mature.	Difese rigide.	Difese mature.
FATTORI SOCIOCULTURALI	Eventi traumatici e stressanti.	L'ambiente rinforza i sintomi.	

Pattern Emergente di Personalità Inibita/Ritirata

La personalità Ritirata è caratterizzata da un eccesso di timidezza, insicurezza, autocritica, inibizione generale e vergogna. Questi bambini hanno difficoltà ad esprimere i loro stati interni, soprattutto quelli negativi che tendono a negare. La loro sensazione di inadeguatezza porta a evitamento sociale, eccessiva dipendenza dalle figure di accudimento, ritiro dal gruppo dei pari, una generale inibizione nell'interazione e coartazione emotiva. Il

funzionamento scolastico e sociale può risentire di questi aspetti e possono essere presenti fallimenti nei compiti evolutivi. È una tipologia di personalità a funzionamento piuttosto elevato ma nelle forme più severe può arrivare a una seria compromissione. In alcuni casi si può ipotizzare una continuità con il DEP e il DDP (Fortunato & Speranza, 2018).

I dati clinici e empirici sul DDP in età evolutiva sono scarsi, probabilmente perché la dipendenza è una parte importante dello sviluppo tipico. Le persone con DDP mostrano un comportamento dipendente e sottomesso, hanno una percezione di sé come incapaci, non sanno stare senza gli altri, hanno difficoltà ad esprimere il disaccordo o gli impulsi ostili, sono pessimisti e hanno scarsa fiducia in se stessi (APA, 2013). Gli individui dipendenti spesso provengono da nuclei familiari disfunzionali con figure controllanti, inattendibili e intrusive, che comunicano l'idea che l'autonomia è piena di pericoli e per questo va evitata. Crescere e differenziarsi è come "tradire" i genitori (Masterson & Rinsley, 1975). Una diretta conseguenza di questo messaggio è che essere dipendenti è l'unico modo per mantenere il legame e che crescere e individuarsi significa perdere l'amore genitoriale. Lo stile dipendente può svilupparsi anche in soggetti che, trattati dai caregiver come "cose" inutili e di poco valore, finiscono per rifugiarsi in relazioni in cui sentono di avere un ruolo, fosse anche quello di vittima. Un altro segno caratteristico del DDP è un pattern di attaccamento di tipo insicuro ambivalente. Il dipendente è uno dei pochi DP sostanzialmente definito da un unico tratto: la dipendenza patologica. Tuttavia, questa dimensione potrebbe essere suddivisa in due fattori correlati: uno passivo-sottomesso e l'altro attivo-emotivo (Morgan & Clark 2010). Questa diagnosi, come quella di DEP, spesso viene posta in comorbidità con diagnosi di disturbi depressivi o ansiosi.

Il DEP è un pattern pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo (APA, 2013). Il DSM-5 (APA, 2013) indica che l'insorgenza spesso avviene nell'infanzia o nella fanciullezza con timidezza, isolamento e

paura degli estranei o delle situazioni nuove. Questi bambini sono caratterizzati da evitamento della scuola o delle attività extracurricolari e le relazioni con i pari e le amicizie sono influenzate dalla necessità di essere accettati in modo incondizionato. P. Kerneberg (2000) aggiunge che questi bambini sono di base ansiosi e irritabili e con un'immagine povera di sé. I precursori di questo disturbo sono da ricercarsi nel temperamento ansioso e irritabile (Rothbart & Bates, 2006), nell'inibizione comportamentale e nella timidezza (Geiger & Crick, 2010; Rettew, 2000). Un'eccessiva rigidità della personalità, l'ipersensibilità, la paura della novità, l'evitamento e il ritiro, rappresentano fattori di rischio e precursori del DEP (Eggum, et al., 2009). Questi bambini presentano un temperamento descritto come "lento a scaldarsi", e sono sopraffatti dagli stimoli esterni (PDM Task Force, 2006). Ovviamente anche l'ambiente, gli elementi stressanti e i traumi contribuiscono allo sviluppo di ulteriori comportamenti evitanti. I bambini possono essere "programmati" a temere ed evitare molti tipi di persone e situazioni che la maggior parte delle persone considera innocue. Stone (1993) ha incluso nell'eziologia anche i fattori ambientali di tipo traumatico come l'abuso fisico, l'incesto e le molestie sessuali nell'infanzia. Schaefer e Milman (1994) includono anche altri fattori genitoriali come l'eccessiva critica, il perfezionismo, la trascuratezza o l'inversione di ruolo.

Tra le condizioni cliniche rilevanti in questo pattern di personalità, la fobia sociale è particolarmente rilevante. Secondo numerosi studi le diagnosi di DEP e di fobia sociale si sovrappongono considerevolmente (Boone, et al., 1999; Marteinsdottir, et al., 2003; Rettew, 2000; LaFreniere, 2009), ma la fobia sociale descrive un'ansia più intensa collegata a specifiche situazione, mentre il DEP è un disturbo più grave (Hummelen, et al., 2007; Widiger, 1992; Rettew, 2000). Sono state riscontrate associazioni positive tra la rabbia e la bassa impulsività e il DEP (Meyer, 2002; Warner, et al., 2004).

Riportiamo in maniera esemplificativa i 7 item più significativi.

INIBITO/RITIRATO

- Tende ad essere schivo/a, timido/a e ritirato/a soprattutto nelle situazioni sociali
 - Tende a preoccuparsi di essere criticato/a, disapprovato/a o rifiutato/a in situazioni sociali
 - Tende a non avere relazioni intime né amici stretti
 - Tende a sentirsi isolato/a e privo/a di qualunque appartenenza (a scuola e a casa)
 - Tende ad essere timido/a e la timidezza aumenta con l'età
 - Tende a evitare le situazioni sociali e le relazioni intime perché teme di trovarsi in imbarazzo o umiliato/a
 - Tende a fare qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli
-

Pattern Emergente di Personalità con Ossessività Patologica

La personalità con Ossessività Patologica è caratterizzata da un eccesso di precisione, attenzione ai dettagli e alle regole, preferenza per le attività produttive e alcuni pensieri ossessivi non riconducibile a manifestazioni tipiche dell'età di latenza. Sono bambini poco empatici, un po' bizzarri, con difficoltà nell'intimità e ad esprimere stati interni negativi. Sono rigidi, iper-vigili e testardi con pensieri peculiari. Presentano una serie di rituali collegati a idee molto precise su come vadano fatte le cose. Hanno paure collegate alla sporcizia che spesso vengono da genitori iperprotettivi e ansiosi. Non hanno amici perché non ne sentono il bisogno. Il rendimento scolastico può essere inficiato dalla necessità di seguire rituali estenuanti. È la tipologia di personalità nevrotica più compromessa. In alcuni casi è possibile ipotizzare una continuità con il DOCP in età adulta (Fortunato & Speranza, 2018).

Le caratteristiche del DOCP sembrano essere persistenti dall'infanzia all'età adulta, per questo ipotizziamo che esista una continuità omotipica del disturbo. Nell'infanzia però l'aspetto ossessivo è centrale perché l'aspetto compulsivo può non essere sempre presente durante lo sviluppo (Westen, et al., 2005). Con l'ossessione, questi bambini, cercano di mantenere la sensazione di controllo fino al punto di perdere lo scopo principale dell'attività. Sono eccessivamente coscienti, scrupolosi e intransigenti in tema di moralità, etica o valori; possono anche essere autocritici nei confronti dei propri errori; sono rigidamente sottomessi all'autorità e alle regole e insistono su un'obbedienza quasi assoluta, senza strappi

alle regole. Possono essere incapaci di gettare via gli oggetti consumati o di nessun valore, anche quando non hanno un significato affettivo. Hanno difficoltà nell'empatia e nel riconoscimento del punto di vista degli altri e in generale nelle relazioni (Kernberg, et al., 2000).

Secondo P. Kernberg e colleghi (2000), clinicamente nei bambini sono osservabili tratti di ipercontrollo e di inibizione dell'aggressività come difese compensatorie contro le sottostanti fantasie sadiche. Nel gioco e nei sogni si vede rapidamente un'aggressività rudimentale e caricata di un piacere viscerale, in contrasto con il loro comportamento pubblico di tipo coartato. La presenza di questo materiale sadico a sua volta genera ansia ed amplifica il bisogno sia di controllare gli altri in modo onnipotente che di coartare i propri affetti sul piano interno e interpersonale. Questi comportamenti alienano gli altri, con un impatto negativo sulle amicizie e sulle relazioni familiari. I tratti dell'ossessività hanno correlati nello sviluppo normale, incluso il ricorso all'utilizzo del "pensiero magico" nel tentativo di controllare gli altri e l'ipersensibilità alle critiche che i bambini tra i 5 e i 12 anni di età mostrano quando vengono interrogati. Il bambino in età di latenza è interessato alle regole e ai giochi di regole ma non esibisce un'ipersensibilità a questi aspetti. Anche Schaefer e Millman (1994) vedono il comportamento compulsivo e perfezionistico come un normale percorso evolutivo. I bambini spesso passano eccessive quantità di tempo a pulirsi, a fare la doccia, a prepararsi i vestiti e le compulsioni possono presentarsi nella tarda infanzia. I bambini che sviluppano personalità compulsive sono quelli la cui pignoleria, ordine, puntualità, intolleranza per la confusione e lo sporco, iper-attenzione ai dettagli prendono troppo tempo e interferiscono con le loro attività ordinarie.

L'ossessività può essere immaginata come un *continuum*. All'estremo più disturbato del *continuum* questi bambini si possono difendere da un'ansia soverchiante, da desideri di regressione, perdita dell'esame di realtà o del controllo degli impulsi, sono bambini i cui

bisogni di controllo hanno un'ostinazione che opprime le loro famiglie e il loro ambiente. All'estremo più sano sono bambini obbedienti che seguono le regole e sono molto coscienziosi rispetto ai doveri come i compiti scolastici e le faccende di casa.

I bambini ossessivi gestiscono l'angoscia con difese quali l'isolamento degli affetti, la compartimentalizzazione e l'intellettualizzazione. I bambini compulsivi gestiscono l'ansia attraverso comportamenti perfezionistici e ripetitivi che possono avere il significato di "annullare" le fantasie (PDM Task Force, 2006). Il Super-Io rigido e severo, derivante dall'interiorizzazione di una figura genitoriale vissuta come sempre insoddisfatta, spinge questi individui a ricercare la perfezione, anche se una sensazione di reale soddisfazione di sé è comunque preclusa.

Rispetto all'eziologia del disturbo, Andrews e colleghi (1990) sono giunti alla conclusione che nei DOCP vi è familiarità in misura significativa. Stone (1993) ha osservato che anche se i fattori genetici predispongono alla struttura di personalità, il DOCP è modellato da pattern di accudimento che enfatizzano il conformismo, la pulizia, l'obbedienza automatica all'autorità e le punizioni. Parker e Stewart (1994) hanno osservato che alcuni tratti DOCP nei bambini influenzano negativamente le performance scolastiche ma anche che il sistema educativo "applaudisce" alcune caratteristiche del DOCP quali la pulizia, la precisione, la competitività, l'autocritica e il bisogno di mantenere il controllo.

Tra le condizioni cliniche bisogna tenere in considerazione il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC). È importante ricordare la distinzione tra il DOCP e il DOC che può essere riassunta attraverso i concetti di egosintonia dei sintomi che caratterizza i primi e di egodistonia che caratterizza i secondi. Diaferia e colleghi (1997) hanno analizzato la relazione tra DOCP e DOC, concludendo che le due entità possono condividere delle caratteristiche fenomenologiche, ma non appartengono allo stesso spettro genetico. Hanno proposto che alcuni tratti del DOCP possano essere collegati ai cambiamenti comportamentali e di stile di

vita indotti dai sintomi clinici del DOC piuttosto che a preesistenti caratteristiche personologiche. Non hanno trovato differenze nell'età di insorgenza tra pazienti DOC con DOCP e quelli senza, e hanno notato che il DOCP poteva essere diagnosticato in pazienti di 10 anni di età.

Riportiamo in maniera esemplificativa i 7 item più significativi.

OSSESSIVITÀ PATOLOGICA

- Tende ad accumulare cose di cui non ha bisogno, non vuole buttare via niente anche quando sono oggetti consumati, di nessun valore e che non hanno alcun significato
 - Tende ad essere troppo preoccupato/a riguardo all'ordine e alla pulizia (per es. se cade va subito a lavarsi)
 - Tende a fare i compiti o a dedicarsi ad altre attività produttive sacrificando o escludendo del tutto le attività di svago e le amicizie
 - Tende ad aderire rigidamente alla routine giornaliera e si angoschia o si sente a disagio quando subisce alterazioni
 - Tende ad avere dei rituali collegati alla minzione, alla defecazione, al momento di andare a letto o al mangiare
 - Tende a perdere molto tempo a fare le cose come vanno fatte secondo lui/lei, è perfezionista a spese di flessibilità, apertura ed efficienza
 - Tende a essere eccessivamente preoccupato/a per le regole, le procedure, l'ordine, l'organizzazione, le programmazioni e soffre quando gli sfugge il controllo sull'ambiente e sui propri affetti
-

Pattern Emergente di Personalità Disforica

La personalità Disforica è caratterizzata da una flessione dell'umore in senso depressivo e un eccesso di inibizione. Sono bambini passivi, con frequenti somatizzazioni, difficoltà ad esprimere i loro stati interni e caratterizzati da forte senso di colpa. Hanno difficoltà ad interagire coi pari e scolasticamente il loro rendimento può essere inficiato dalla loro paura di mettersi in mostra e dall'auto-svalutazione che li domina. È una tipologia di personalità a funzionamento medio-alto ma nelle forme più gravi può arrivare a una seria compromissione. In alcuni casi è ipotizzabile una continuità con la personalità depressiva adulta (Fortunato & Speranza, 2018).

In letteratura la personalità depressiva non è presente nelle classificazioni ma è stata spesso riportata nelle appendici o come ulteriore oggetto di studio. Rudolph e Klein (2009) attraverso uno studio non solo hanno avvalorato la tesi che questo DP esista ma anche che i suoi tratti

mostrano una continuità nel tempo. Ci sembra quindi importante non omettere nell'infanzia un pattern emergente di personalità di questo tipo di cui sempre più evidenze scientifiche parlano ma che non ha ancora trovato spazio nelle nomenclature ufficiali e che mostra una continuità omotipica.

Riportiamo in maniera esemplificativa i 7 item più significativi.

DISFORICO

- Tende a sentirsi annoiato/a, infelice, depresso/a, abbattuto/a
 - Tende a provare poco piacere, soddisfazione o godimento nelle attività quotidiane o non ne prova affatto
 - Tende a sentirsi inadeguato/a, inferiore o incapace (sia in modo esplicito che implicito)
 - Tende a sentirsi vuoto/a
 - Tende a sentirsi apatico/a, affaticato/a e privo di energia
 - Tende a provare vergogna o a sentirsi imbarazzato/a
 - Tende a sentire che la vita non ha significato, non trova stimoli
-

Organizzazione Borderline di Personalità

L'asse PC del PDM-2 (Lingardi & McWilliams, 2017) concepisce i bambini con organizzazione di personalità borderline come tendenti ad un pensiero rigido e inflessibile. Questi bambini hanno grande difficoltà a discernere tra ciò che è nella loro mente e ciò che è nella mente degli altri. Sotto stress tendono a disorganizzarsi e a perdere l'esame di realtà. Storie di maltrattamenti, di abbandono e di abusi non sono rari. Tendono a mostrare cambiamenti intensi nelle emozioni, cadendo in spirali senza controllo. Questi vissuti emotivi danno origine ad agiti perché i bambini borderline non riescono ad esprimerli verbalmente e trovare così conforto nell'altro. Hanno poca curiosità di se stessi e possono avere difficoltà a mantenere un senso costante di chi sono; possono essere veramente empatici in un momento e altrettanto insensibili in un altro. Il funzionamento e l'adattamento di questi bambini è molto variabile.

Per O. Kernberg (1975; 1978), questa organizzazione di personalità è abbastanza compromessa. Il DSM-5 (APA, 2013) definisce il Cluster B, chiamato Drammatico-

Impulsivo, in modo simile. Il cluster include: Disturbo Antisociale di Personalità (DASP), Disturbo Borderline di Personalità (DBP), Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP), Disturbo Istrionico di Personalità (DIP). Questi DP sono i più complessi e i più studiati in età evolutiva ma vengono spesso fatti rientrare in altre condizioni cliniche.

La Tabella 4 mostra una sintetica descrizione dei Pattern Emergenti di Personalità che abbiamo ipotizzato essere inclusi nell'organizzazione nevrotica nell'organizzazione borderline.

Tabella 4. Funzionamento mentale e altri fattori significativi del Pattern Emergente di Personalità Borderline.

FUNZIONAMENTO MENTALE E ALTRI FATTORI	ORGANIZZAZIONE BORDERLINE	
	DISREGOLATO	NARCISISMO PATOLOGICO
PROCESSI COGNITIVI E AFFETTIVI	Emozioni intense e in rapido cambiamento. Instabilità dell'umore. Difficoltà di attenzione, anedonia. Bisogno e dipendenza, regressione, teatralità, scarsa tolleranza alla frustrazione. Ansia e depressione. Scarsa empatia.	Pensiero astratto, nessuna mentalità psicologica e pseudo-insight. Arroganza, disprezzo e superbia. Scarsa tolleranza alla frustrazione. Scarsa empatia.
IDENTITÀ E RELAZIONI	Senso di solitudine e controllo delle relazioni. Sé fragile. Immagine di sé, del corpo e identità instabili. Relazioni instabili.	Sé grandioso. Crudeltà con gli altri e gli oggetti. Nessuna intimità e necessità di ammirazione. Manipolazione, difficoltà di regolazione dell'autostima, invidia, gelosia e insoddisfazione. Immagine di sé e del corpo instabili.
DIFESE E COPING	Impulsività, mancanza di controllo, dissociazione, somatizzazione.	Impulsività, mancanza di controllo.
CONSAPEVOLEZZA DI SÉ E AUTODETERMINAZIONE	Autocritica, mancanza di giudizio, standard irraggiungibili e senso di colpa.	Standard irrealistici, nessun rispetto per le regole, uso dell'altro, nessun rimorso o senso di colpa.
EPIGENETICA		Deficit psicologici e ambientali. Famiglie antisociali.
TEMPERAMENTO	Reattività e immaturità.	Autoipnosi, testardaggine, immaturità. Difficoltà di regolazione dell'arousal.
NEUROPSICOLOGIA	Possibili deficit cognitivi e compromissione dell'apprendimento.	Possibili deficit cognitivi e compromissione dell'apprendimento per bisogno di accettazione e ammirazione.
STILE DI ATTACCAMENTO	Disorganizzato, genitori incapaci di supportare lo sviluppo. Eccessiva sensibilità all'ambiente.	Evitante o disorganizzato. Genitori trascuranti.
MECCANISMI DI DIFESA	Difese primitive.	Difese primitive.
FATTORI SOCIOCULTURALI	Trauma e abusi.	Ambiente deviante.

Pattern Emergente di Personalità Disregolata

La personalità Disregolata è caratterizzata da impulsività, instabilità dell'umore, rabbia, disturbi dell'identità, difese primitive (come la scissione), teatralità e somatizzazione. Sono bambini che ingaggiano relazioni instabili e intense ma superficiali, con i pari e con gli adulti. Possono usare la seduzione a più livelli, sono poco empatici e hanno un Sé fragile. Sono molto dipendenti anche se tendono a negare il loro bisogno, richiedono attenzioni continue e presentano una tendenza all'agito. Possono presentare diverse altre condizioni cliniche legate all'alimentazione, al sonno, al comportamento e alla regolazione. Il funzionamento scolastico può essere gravemente compromesso nonostante possano avere una buona dotazione intellettuale. È una tipologia di personalità piuttosto compromessa. In alcuni casi è ipotizzabile la continuità con il DBP o il DIP in età adulta (Fortunato & Speranza, 2018).

Alcuni tentativi di valutazione del DBP o del DIP in età evolutiva sono stati fatti. Bleiberg (2001) li definisce bambini "difficili" perché sono iperattivi, capricciosi, irritabili e collerici. Possono compiere sforzi disperati, fino all'agito, per evitare un abbandono reale o immaginario. Sono molto sensibili alle circostanze ambientali e provano rabbia inappropriata quando si trovano ad affrontare separazioni o cambiamenti improvvisi. A volte possono far intendere di non avere bisogno di nessuno, altre volte cercano di controllare qualcun'altro o si sottomettono al controllo di un altro allo scopo di raggiungere un qualche senso di sé (Kernberg, 1983). Possono essere afflitti da cronici sentimenti di vuoto. Hanno una gamma di espressione degli affetti ristretta e quando esprimono emozioni queste sono soggette a cambiamenti repentini. Hanno un livello di maturazione inappropriato per l'età. Non riescono a controllare gli impulsi e non mostrano piacere nell'interazione coi pari (Bleiberg, 2001). Il loro livello mutevole di funzionamento dell'Io, con improvvise regressioni, spiega la loro mancanza di giudizio, la loro impulsività e la loro relazione disturbata con la realtà. Questi bambini presentano anche deficit cognitivi, problemi di attenzione, di orientamento spaziale,

di memoria, ritardo nello sviluppo verbale e motorio. In termini di percezione sono soggetti ad allucinazioni determinate da regressione parziale senza le implicazioni delle psicosi; queste allucinazioni scompaiono quando le angosce diminuiscono e il bambino è in un ambiente più supportivo.

Tra i precursori la disregolazione emotiva è considerata un aspetto centrale per lo sviluppo di questo disturbo (Berenbaum, et al., 2003; Cicchetti, et al., 1995; Cole, et al., 1994; 2009; Gross & Muñoz, 1995; Kring & Werner, 2004). L'instabilità emotiva è caratterizzata da cambiamenti repentini, intensi e imprevedibili (Siever & Davis, 1991) ed è contesto-dipendente, in particolare rispetto ai contesti interpersonali (Gunderson, 2007). È stato riscontrato che l'instabilità emotiva, più che l'impulsività, è in grado di prevedere i successivi sintomi del DBP nella prima età adulta (Tragesser, et al., 2007). La disfunzione affettiva, la disinibizione (nel senso di ricerca di sensazioni), la mancanza di autoregolazione sono predittori del DBP (Gratz, et al., 2009).

Relativamente all'origine del DBP, esso è stato ampiamente concettualizzato come prodotto di specifici traumi (Herman, et al., 1986; Carlson, et al., 2009; Crawford, et al., 2009), di predisposizioni genetiche e temperamentali (Svrakic, et al., 1993; Carlson, et al., 2009) e di vissuti ambientali (Crowell, et al., 2009; Fonagy, et al., 2002; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008; Putnam & Silk, 2005). I pattern disfunzionali, abusanti e negligenti, nell'interazione genitore-bambino conducono allo sviluppo di forme di attaccamento disorganizzato, spesso presentato dai soggetti con DBP (Agrawal, et al., 2004).

Per questo motivo, i bambini le cui madri hanno una diagnosi di DBP sono più a rischio di svilupparlo (Lenzenweger & Cicchetti, 2005). Le difficoltà nella regolazione delle emozioni sembrano sovrapporsi con quelle individuate nei bambini maltrattati che presentano stati di dissociazione (Macfie, et al., 2001).

Invece, i bambini identificati come DIP mostrano un legame di attaccamento genitore-bambino ansioso-insicuro, alla ricerca insaziabile di attenzione dovuta in parte all'esperienza "insicura" in cui vi è un comportamento di attaccamento parzialmente frustrato. Questa frustrazione ha l'effetto paradossale di aumentare quello specifico comportamento, piuttosto che estinguerlo. Per quanto riguarda le reazioni alla malattia fisica, Abse (1974) sottolinea come i genitori di questi bambini siano spesso negligenti quando il bambino è in buona salute e poi pieni di attenzioni e rimorsi quando è malato. Anche se tali genitori incoraggiano il bambino a cercare di interagire con gli altri, essi segnalano in modo nascosto di essere loro la più affidabile fonte di sostegno. Per quanto riguarda la repressione della rabbia, Sperling (1973) descrive come certe madri non ne permettano l'espressione ma al contrario li incoraggino alla dipendenza e alla passività. Per quanto riguarda la sessualizzazione della relazione genitore-bambino, se i genitori sviluppano un'inappropriata relazione erotizzata o infantilizzante con il bambino, possono restringere le sue esplorazioni dell'ambiente. Di conseguenza, uno dei tratti caratteristici di tali bambini è la loro sensibilità agli umori e ai pensieri inespressi degli adulti coi quali si relazionano.

Riportiamo in maniera esemplificativa i 7 item più significativi.

DISREGOLATO

- Tende ad essere impulsivo/a o ad agire senza riflettere
 - Tende ad avere cambiamenti improvvisi di umore o di sentimenti
 - Tende a cadere in spirali senza controllo che conducono a estrema ansia, tristezza, rabbia, eccitazione ecc.
 - Tende ad esprimere le proprie emozioni in modi esagerati e teatrali
 - Tende a sentirsi solo/a
 - Tende ad essere facilmente frustrato/a (per es. rinuncia presto)
 - Tende a passare dall'essere molto dipendente e bisognoso/a a molto indipendente e rifiutante
-

Pattern Emergente di Personalità con Narcisismo Patologico

La personalità con Narcisismo Patologica è caratterizzata da un Sé grandioso, difficoltà nella regolazione dell'autostima, eccessi di rabbia, bisogno di ammirazione, scissione e

svalutazione. Sono bambini che non hanno amici e usano gli altri come pubblico o come oggetti per il loro tornaconto. Sono poco empatici, hanno tendenza all'agito, e mostrano un eccesso di autosufficienza piuttosto precocemente. Il funzionamento scolastico può essere gravemente compromesso dalla difficoltà di mettersi in gioco, dal poco rispetto che hanno verso gli altri e le regole e dall'eccessiva sofferenza per le critiche. Presentano spesso altre situazioni cliniche soprattutto legate a disturbi del comportamento. È una tipologia di personalità piuttosto compromessa. In alcuni casi è ipotizzabile la continuità con il DNP e il DASP in età adulta (Fortunato & Speranza, 2018).

Bleiberg (2001) sottolinea due caratteristiche basilari della regolazione narcisistica patologica. La prima consiste nel fatto che questi bambini sono intrappolati in un modello di discontinuità o di scissione dell'esperienza con l'impossibilità di utilizzare la funzione riflessiva. La seconda caratteristica consiste nell'esternalizzazione dei modelli irriflessivi. Questi bambini vivono in uno stato di ipervigilanza, e scrutano continuamente l'ambiente e costringono gli altri a rispondere secondo il copione rigido e irriflessivo del loro modello interno. Questi bambini respingono gli stati interni che normalmente fanno scattare l'attaccamento, come il dolore, la vulnerabilità e il desiderio di vicinanza, la ricerca di sollievo e consolazione. Inibiscono la funzione riflessiva perché la sentono come un pericolo che può portare ad un aumento piuttosto che a una diminuzione della vulnerabilità. Le loro richieste vengono regolarmente ignorate e i loro sforzi per assicurarsi vicinanza vengono scherniti e spesso generano stati mentali distruttivi e irriflessivi nei loro caregiver. Solo inibendo la funzione riflessiva questi bambini si possono difendere dal dolore, evitando di riconoscere gli stati mentali "insopportabili" dei caregiver (Fonagy, 2000; Fonagy & Target, 1997). L'inibizione attiva della funzione riflessiva in risposta ai propri bisogni di attaccamento, l'intorpidimento, prepara la strada a successivi abusi fisici e/o psicologici. Tali bambini scoprono di essere in grado di provocare in modo attivo uno stato auto-ipnotico per sfuggire al dolore, al terrore e

all'impotenza. Questa scoperta li porta a un disadattamento prolungato perché questa dissociazione spontanea comporta non solo un'auto-anestesia del dolore fisico ma anche una forma estrema di allontanamento emotivo.

Anche se valutare il narcisismo patologico nell'infanzia è molto complesso sicuramente è dall'età dello sviluppo che la costruzione del narcisismo inizia la sua deviazione verso un disturbo (Bardenstein, 2009; Barry, et al., 2003; Thomaes, et al., 2008; 2009). La tendenza a ottenere e ricercare conferme è importante per lo sviluppo ma i narcisisti e i non narcisisti si distinguono per il grado in cui fanno riferimento alla propria autostima (Baumeister & Vohs, 2001) e per come si relazionano ad essa. I narcisisti sono continuamente alla ricerca di situazioni da cui possono trarre giovamento (Morf & Rhodewalt, 2001); in loro le strategie di auto-regolazione sono altamente potenziate, sovrastimano le loro competenze e il loro status rispetto agli altri, e negano i feedback negativi reagendo aggressivamente quando non riescono ad evitarli. Inoltre, i narcisisti sono più interessati a stabilire la propria superiorità e il proprio dominio sugli altri per sentirsi bene con se stessi (Campbell, et al., 2002) piuttosto che costruire relazioni sociali.

Il DPN pone le sue radici a partire dall'infanzia influenzato da aspetti biologici, da tratti temperamentali e dai sistemi motivazionali (Elliot & Thrash, 2001; Paulhus, 2001). L'autostima e l'aggressività sono centrali. I narcisisti overt sono altamente estroversi, arroganti, distruttivi, insensibili, si mettono al centro dell'attenzione, tendono a mentire e ad escludere dalla consapevolezza tutte le esperienze negative che li hanno resi rabbiosi, ed esprimono la loro collera sotto forma di violenza e aggressività diretta verso gli altri (Bushman, et al., 2009). I narcisisti covert invece sono assorbiti da se stessi e tendono a vivere in maniera introversa le esperienze emotive negative, come la vergogna e la paura, che li portano al ritiro e all'esclusione degli altri. Sono più difficili da individuare in quanto sono schivi, grandiosi in modo nascosto, timidi, inibiti, sensibili alle opinioni altrui, evitano di

trovarsi al centro dell'attenzione, prestano grande attenzione al prossimo e vivono in uno stato di costante vigilanza. Le due tipologie descritte si pongono agli estremi opposti di un *continuum* lungo il quale si inseriscono quadri con caratteristiche intermedie.

Le interazioni disfunzionali precoci con i propri genitori possano costituire un importante predittore nello sviluppo del narcisismo. I caregiver di questi bambini diventano offensivi e possono schernire e/o evitare l'esibizione da parte dei loro bambini di quelle vulnerabilità e di quei desideri di vicinanza che i caregiver trovano insopportabili in loro stessi. Di conseguenza questi bambini soffrono di una duplice carenza: la mancata sintonia dei caregiver con i loro bisogni di attaccamento da un lato e l'essere destinatari della proiezione delle vulnerabilità rinnegate dai loro stessi genitori dall'altro (Bleiberg, 2001). Secondo P. Kernberg (2000) alla base dell'incapacità di questi bambini di legarsi agli altri vi sono storie di attaccamento caratterizzate, di solito, da grave abuso o trascuratezza.

Negli adolescenti e adulti con diagnosi di DASP vengono rintracciati problemi cronici a livello comportamentale già nell'infanzia tanto che i genitori soffrono di un vero e proprio burn-out, ovvero un senso di esaurimento e possono sperimentare vera paura nei confronti dei loro figli (Frick & White, 2008). Possono essere anche presenti deficit neuropsicologici, deficit esecutivi, deficit di attenzione e impulsività. L'eterogeneità di queste problematiche relativamente ai sintomi, all'età di esordio e ai fattori di rischio, suggerisce che potrebbero esserci diversi precursori significativi (Dodge & Pettit, 2003; Moffitt, 2003; Willoughby, et al., 2001). Ci sono almeno due sottogruppi di "segnali precursori": un livello di arousal troppo elevato o troppo basso e le interazioni genitoriali che rendono i bambini più o meno vulnerabili a sviluppare disturbi della condotta e successivi comportamenti antisociali (Frick & Dickens, 2006; Frick & White, 2008; Frick & Viding, 2009). Inoltre, i bambini con precoci problemi di comportamentali antisociali si differenziano per la presenza o l'assenza dei così detti tratti *callous-unemotional*. Letteralmente *insensibile-non emotivo*, i bambini con questa

caratteristica si distinguono per una mancanza di: colpa o rimorso, empatia, preoccupazione riguardo le proprie performance in ambito scolastico o in altre attività rilevanti. Inoltre, mostrano un'affettività superficiale e un'aggressività proattiva, ossia premeditata, e strumentale, finalizzata all'acquisizione di guadagni personali e al perseguimento del dominio sull'altro (Frick, et al., 2014; Frick & Viding, 2009). Nei bambini *callous-unemotional*, le difficoltà temperamentali nel processare gli stimoli emotivi e la risposta alle punizioni possono interferire con il normale sviluppo dell'empatia, del senso di colpa e di altri aspetti della coscienza. Nei bambini non *callous-unemotional* invece, i deficit cognitivi e di socializzazione portano alla disregolazione comportamentale ed emotiva (Frick & Viding, 2009).

In generale l'eziologia è imputata a fattori ambientali, genetici, temperamentali e relativi alle relazioni con i pari e alle abilità sociali (Calkins & Keane, 2009; Lahey, et al., 2003; Olson & Sameroff, 2009). Anche lo sviluppo della regolazione emotiva è implicato. È stato individuato un nesso molto importante tra la capacità di autoregolazione e lo sviluppo di comportamenti antisociali (Rothbart, et al., 1994; Kochanska, 1995; Oldehinkel, et al., 2004). Durante l'infanzia il successo nella regolazione dipende in larga parte dal supporto genitoriale e dall'adeguatezza responsiva dei caregiver (Calkins & Fox, 2002). I bambini prescolari sono più inclini a mostrare comportamenti aggressivi, oppositivi e impulsivi, quando i loro genitori non dispongono di buone risorse per la cura e l'educazione emotiva, presentano uno scarso controllo emotivo e sono rifiutanti, evitanti o inattendibili (Campbell, 1995; Pettit, et al., 1993). Questi bambini presentano delle relazioni genitore-bambino poco armoniose caratterizzate da bassi livelli di affettività, di coinvolgimento positivo e di sostegno (McFadyen-Ketchum, et al., 1996).

Anche il contesto scolastico e i pari, oltre i genitori, forniscono un sostegno nello sviluppo delle funzioni regolative. L'espressione della rabbia, della collera, dell'aggressività e

dell'impulsività porta a difficoltà nell'instaurare rapporti positivi con i coetanei (Eisenberg, et al., 1993; Keane & Calkins, 2004; Hubbard, 2001). Questi bambini possono essere coercitivi, controllanti e non empatici, pronti ad ingannare, sfruttare e abbandonare i loro amici come se non avessero mai avuto importanza per loro. Eventuali vissuti di rifiuto da parte dei pari però possono avere conseguenze negative nello sviluppo emotivo del bambino; il rifiuto, la vittimizzazione o l'esclusione sono connessi con i successivi comportamenti aggressivi e con elevati livelli di disadattamento e delinquenza adolescenziale (Deater-Deckard, 2001; Rubin, et al., 1998). I bambini che instaurano relazioni con coetanei devianti sono più inclini ad adottare a loro volta atteggiamenti devianti mostrando elevati livelli di comportamenti antisociali. Al contrario, contesti caratterizzati da bassi livelli di devianza tra i pari fungono da fattore protettivo per la regolazione emotiva (Dishion & Piehler, 2007).

Riportiamo in maniera esemplificativa i 7 item più significativi.

NARCISISMO PATOLOGICO

- Tende a essere arrogante, superbo/a o sprezzante
 - Tende a sentirsi privilegiato/a, pensa di avere tutti i diritti; si aspetta un trattamento preferenziale
 - Tende a creare grandi aspettative, che nutre con enormi bugie sia a casa che a scuola
 - Tende a non godersi le esperienze di apprendimento o di gioco perché troppo preso/a dal farsi ammirare
 - Tende ad essere inaffidabile e irresponsabile (per es. non fa i compiti scolastici)
 - Tende a essere oppositivo/a, contrario/a o pronto/a al disaccordo
 - Tende ad essere crudele con gli animali
-

Organizzazione Psicotica di Personalità

Sull'asse PC del PDM-2 (Lingardi & McWilliams, 2017) questa organizzazione di personalità è concettualizzata come caratterizzata da produzioni verbali strane, difficili da seguire, cambiamenti nel funzionamento cognitivo, deliri e allucinazioni, somatizzazioni e preoccupazioni riguardo il corpo. Gli affetti e i comportamenti sono inappropriati ai contenuti esterni perché rispondono agli stimoli interni. Possono essere vittime di bullismo o evitati

dagli altri bambini perché considerati “strani” o “pazzi”. La capacità di auto-riflessione è scarsa. Questi bambini hanno frequentemente genitori con seri disturbi mentali.

O. Kernberg (1975; 1978) segnala come questa organizzazione di personalità sia la più compromessa a livello psicopatologico. Il DSM-5 (APA, 2013) descrive il Cluster A in modo simile definendolo come Bizzarro e Eccentrico. Nel cluster rientrano: il Disturbo Paranoide di Personalità (DPP), Disturbo Schizoide di Personalità (DPSZ) e Disturbo Schizotipico di Personalità (DPST). I criteri diagnostici di ciascun DP nella forma adulta hanno una sorprendente somiglianza con le qualità dell’analogo infantile (Kernberg et al. 2000). Questi disturbi sono quelli in cui i fattori biologici sembrano avere un’influenza più rilevante nell’eziologia rispetto alle altre organizzazioni di personalità, mentre i fattori sociali non sembrano influenzarne l’insorgere ma solo il decorso di questi disturbi.

La Tabella 5 mostra una sintetica descrizione dei Pattern Emergenti di Personalità che abbiamo ipotizzato essere inclusi nell’organizzazione psicotica.

Tabella 5. Funzionamento mentale e altri fattori significativi del Pattern Emergente di Personalità Psicotica.

FUNZIONAMENTO MENTALE E ALTRI FATTORI	ORGANIZZAZIONE PSICOTICA	
	SOSPETTOSO	SCHIZOIDE
PROCESSI COGNITIVI E AFFETTIVI	Gelosia, sospetto, freddezza, distacco e troppa autosufficienza. Scarsa empatia. Pensiero disturbato.	Pensieri, eloquio e comportamento bizzarri e peculiari. Coartazione. Empatia e mentalità psicologica scarse, freddezza e distacco. Emozioni ristrette, depressione e distraibilità.
IDENTITÀ E RELAZIONI	Ipersensibilità, nessuna intimità per paura di tradimento o umiliazione. Nessun piacere nello stare con gli altri.	Nessuna intimità, passività, forte ritiro, nessun bisogno degli altri.
DIFESE E COPING	Reticenza, megalomania e senso di persecuzione.	Cattiva reazione alle critiche.
CONSAPEVOLEZZA DI SÉ E AUTODETERMINAZIONE	Moralismo e rigidità.	Strani e peculiari.
EPIGENETICA		Genitori con possibili disturbi affettivi.
TEMPERAMENTO	Ipervigilanza e ansia.	Ansia.
NEUROPSICOLOGIA	Difficoltà di apprendimento.	Difficoltà di apprendimento.
STILE DI ATTACCAMENTO	Genitori umilianti, sadici e violenti.	Fallimenti ambientali.
MECCANISMI DI DIFESA	Difese primitive.	Difese primitive.
FATTORI SOCIOCULTURALI	Trauma.	

Pattern Emergente di Personalità Sospettosa

La personalità Sospettosa è caratterizzata da diffidenza, gelosia e tendenza a interpretare la realtà e tutto ciò che gli accade come malevolo. Sono bambini che non provano piacere a stare con gli altri e si sentono spesso perseguitati e vittime. Sono fin troppo autosufficienti rispetto all'età, perché non possono accettare di essere dipendenti. Non riescono a fidarsi e di conseguenza sono iper-vigili e controllanti. Inoltre, sono ipersensibili e provano facilmente imbarazzo e vergogna. Non amano condividere le cose e le emozioni. Il funzionamento scolastico e quello sociale sono gravemente compromessi. È una tipologia di personalità molto compromessa con una possibile continuità con il DPP (Fortunato & Speranza, 2018).

Non ci sono molti studi sulla costituzione del DPP ma è condivisa l'ipotesi che il pensiero paranoide prenda origine proprio durante lo sviluppo. Il DSM-5 (APA, 2013) indica che il

DPP inizia nella prima età adulta ma può anche apparire nell'infanzia con le qualità di isolamento, ansia sociale ed ipersensibilità. La caratteristica essenziale del DPP è un pattern di diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri, paura dell'intimità, rancore, incapacità di esprimere forti emozioni positive, eccesso di serietà e mancanza di buon umore, freddezza, distacco, moralismo eccessivo e invidia ma anche paura e timidezza. I principali meccanismi di difesa sono: la scissione, la proiezione, l'identificazione proiettiva, il diniego e il controllo onnipotente. Il mondo interno è scisso in un Sé idealizzato e un Sé persecutorio, in relazione con gli oggetti idealizzati e persecutori. Il Sé e gli oggetti persecutori vengono proiettati sugli oggetti esterni, mentre il Sé e gli oggetti idealizzati vengono introiettati così che si viene a formare un'immagine di sé tutta buona (megalomania) e una rappresentazione degli oggetti tutta cattiva (persecutoria). Inoltre, il ricorso all'identificazione proiettiva porta gli individui paranoide ad assumere atteggiamenti e comportamenti che suscitano negli altri aggressività e ostilità, confermando così le loro aspettative, mentre il controllo onnipotente viene utilizzato per tenere a bada questa realtà vissuta come malevola. Per queste ragioni tendono ad essere iper-vigili e a tenersi a distanza dagli altri. La cognizione paranoide implica una restrizione e distorsione dell'esperienza del reale. Da un punto di vista affettivo, nei soggetti paranoide prevalgono sentimenti di ostilità, risentimento e vendetta che, oltre ad essere un prodotto dei loro processi proiettivi, spesso hanno origine in esperienze infantili reali di sopraffazione e umiliazione.

La genesi delle tendenze paranoide è stata fatta risalire a fallimenti ambientali nelle prime fasi dello sviluppo, a esperienze di frustrazione soverchianti che hanno impedito lo sviluppo di una fiducia di base, a traumi o perdite precoci, e a esperienze con caregiver sadici e violenti a da aspetti costituzionali. Questi eventi traumatici, come anche la vittimizzazione da parte dei coetanei, sono altamente correlati con lo sviluppo successivo del DPP (Natsuaki, et al., 2009).

Il pensiero paranoide sembra dunque essere strettamente legato ai comportamenti aggressivi in quanto gli individui diffidenti e sospettosi degli altri sentono il bisogno quasi costante di doversi difendere e proteggere. È stato riscontrato infatti che i comportamenti violenti e antisociali costituiscono un marchio per il disadattamento psico-sociale nei soggetti adulti con DPP (Berman, et al., 1998; Bernstein, et al., 1993).

Riportiamo in maniera esemplificativa i 7 item più significativi.

SOSPETTOSO
<ul style="list-style-type: none">• Tende ad essere sospettoso/a, diffidente tanto da interpretare tutto come malevolo• Tende a sentirsi perseguitato/a dagli altri• Tende a non fidarsi, crede che tutti mentano• Tende a percepire attacchi dove non ci sono ed è pronto/a a reagire• Tende a portare costantemente rancore, non dimentica le offese• Tende a leggere significati umilianti o minacciosi anche dove non ci sono• Tende ad essere reticente, tiene le cose per se stesso/a

Pattern Emergente di Personalità Schizoide

La personalità Schizoide è caratterizzata da pensiero, eloquio e comportamento peculiari. Sono bambini poco empatici, difficili da capire e con cui è difficile entrare in contatto. Sono chiusi al mondo. Presentano un forte ritiro sociale dato da una grande diffidenza e mancanza di piacere nello stare con l'altro. Sono bambini bizzarri e molto ansiosi. Sono immersi nel loro mondo e la compromissione dell'esame di realtà può iniziare precocemente. Il rendimento scolastico è gravemente deficitario. È una tipologia di personalità molto compromessa che può mostrare continuità con il DPSZ o il DPST (Fortunato & Speranza, 2018).

In letteratura si trovano alcuni studi che hanno tentato di valutare lo sviluppo delle caratteristiche schizoidi e schizotipiche.

Lo schizoide è dominato dal "dilemma cronico" di non poter avere un rapporto con un'altra persona e al tempo stesso di non poterne fare a meno, sentendosi così sempre esposto al rischio di perdere alternativamente l'oggetto e se stesso (Guntrip, 1952). Le fantasie che più

tipicamente si riscontrano in questi pazienti sono quelle di essere inglobati nelle relazioni interpersonali, fantasia spesso associata a traumi relazionali precoci che sembrano “giustificare” questi timori. Il fallimento dell’ambiente primario è dunque centrale (APA, 2013). Per quanto riguarda i processi difensivi, quelli a cui i pazienti schizoidi ricorrono più spesso sono la scissione, la proiezione, l’identificazione proiettiva e il ritiro nella fantasia. Tali meccanismi li aiutano a sottrarsi dalle situazioni sociali o interpersonali, confondendo gli stimoli provenienti dal proprio mondo interno con la realtà esterna. In questi bambini esiste una profonda contraddizione tra ciò che manifestano nella realtà (distacco e indifferenza) e ciò che invece vivono nella fantasia, dove spesso costruiscono un “mondo privato”, carico di onnipotenza e aggressività. La quasi totale assenza di qualsiasi forma di espressione delle proprie emozioni crea l’impressione di una generale freddezza e distacco e di un quasi totale “appiattimento affettivo” (Bernstein, et al., 2009).

Si conosce ancora molto poco rispetto al decorso longitudinale del DPSZ. Quello che si sa è che è un disturbo mutevole nelle sue caratteristiche e con molte differenze individuali, è un disturbo eterogeneo nell’evoluzione. Inoltre, sembra che possa andare incontro a una certa remissione o comunque miglioramento (Seivewright, et al., 2002). Dunque, sembra ragionevole affermare che il DPSZ mostra un elevato grado di plasticità nel corso del tempo. È stato ipotizzato (Lenzenweger & Willet, 2009) che un possibile meccanismo che potrebbe spiegare il cambiamento del DPSZ potrebbe essere costituito da tutti quei processi di cambiamento del temperamento di base, dotati anch’essi di plasticità nel tempo. Può però accadere che alcuni soggetti con DPSZ cessino di mostrare tale pattern nel corso del tempo, a causa di uno spostamento della patologia verso una forma più grave di disturbo (schizotipico o sintomatologia psicotica) (Wolff, et al., 1991).

Gli studi di Olin e colleghi (1997) sul DPST confermano che i bambini più tardi diagnosticati come schizotipici, erano di gran lunga passivi, socialmente disimpegnati, ipersensibili alle

critiche e nervosamente reattivi agli eventi. Di conseguenza sostengono che il DPST può essere diagnosticato già nei bambini e che la forma infantile ha una notevole somiglianza con l'analogo degli adulti. Secondo gli autori, la spiccata ipersensibilità alle critiche dei bambini con DPST rappresenta una sorta di precursore dell'ansia sociale tipica degli adulti con DPST. Con molta probabilità, l'ansia sociale è proprio una conseguenza della passività e dell'ipersensibilità tipiche di questi bambini, che riducono le loro opportunità di socializzazione (Olin et al. 1997).

Il DPST è divenuto un argomento di sempre maggior interesse nella ricerca poiché gli studi sulle famiglie e sui bambini adottivi riportano un'associazione che suggerisce una relazione genetica tra questo disturbo e la schizofrenia; difatti il disturbo schizotipico sembra una variante attenuata. Kendler e Walsh (1995) sostengono che i tratti schizotipici non sono specifici della schizofrenia ma riflettono un'ampia vulnerabilità alle psicosi non affettive. Allo stesso modo, alcuni autori riportano che il DPST compare con più probabilità nei bambini di genitori che hanno un disturbo affettivo (Squires-Wheeler, et al., 1989).

Il DPST e il DPSZ hanno caratteristiche comuni, ma il DPST mostra caratteristiche di tipo psicotico più marcate e una maggiore stabilità nel tempo (Squires-Wheeler, et al., 1992). Molte persone che nell'infanzia sono state diagnosticate come DPSZ, nell'età adulta possono sviluppare un DPST (Ellison, et al., 1998).

Riportiamo in maniera esemplificativa i 7 item più significativi.

SCHIZOIDE

- Tende ad avere comportamenti bizzarri
 - Tende ad utilizzare pensiero magico, fantasie e idee bizzarri (non appropriati all'età)
 - Tende ad essere verbalmente poco articolato/a; non riesce a esprimersi bene con le parole
 - Tende ad avere un eloquio circostanziato, vago, sconnesso, pieno di digressioni ecc.
 - Tende a descrivere le esperienze in termini generali; non vuole o non sa offrire dettagli specifici (o comunque in maniera inappropriata all'età)
 - Tende a suscitare noia nelle altre persone (per es. può parlare incessantemente, senza partecipazione o di argomenti del tutto irrilevanti)
 - Tende ad avere processi di ragionamento o esperienze percettive strane e peculiari (per es. può fare inferenze arbitrarie; può vedere messaggi o significati nascosti in eventi ordinari)
-

Capitolo 3 – LA RICERCA PER LA VALIDAZIONE: DATI PRELIMINARI

La diagnosi nell'infanzia ha delle specificità che vanno prese in considerazione tra le quali: le traiettorie evolutive e la continuità dei disturbi, l'aspetto relazionale e la necessità di affiancare una prospettiva dimensionale a quella categoriale. Inoltre, la diagnosi deve essere clinicamente utile, valutare il bambino nel funzionamento mentale oltre che comportamentale e deve tenere conto della prospettiva evolutiva.

Il dibattito in letteratura sulla personalità in età evolutiva non si è ancora concluso e ci sono posizioni pro e contro la possibilità di diagnosticare un DP nell'infanzia. Manca quindi, uno strumento capace di valutare la personalità emergente, che tenga conto delle specificità di questa fase della vita e che possa dare un contributo al dibattito. Manca anche, di conseguenza, una classificazione di tipologie di personalità infantile.

Per questo abbiamo pensato che fosse necessaria la costruzione di uno strumento di valutazione Q-Sort, che per le sue caratteristiche meglio si adatta a queste necessità, utilizzabile dal clinico durante la valutazione o il trattamento. Il clinico infatti, risulta essere l'informatore migliore quando si valuta la personalità. Un Q-Sort si compone di item e prototipi, abbiamo così costruito il modello dei Pattern Emergenti di Personalità Infantile e li abbiamo sintetizzati in item, così da arrivare alla costruzione dello strumento.

Per ricapitolare la ricerca si suddivide in tre fasi:

1. La prima fase è quella di costruzione dello strumento e si compone di due parti: creazione dei prototipi di personalità e costruzione degli item.

Questa parte è stata esposta nel secondo capitolo.

2. La seconda fase consistite nel sottoporre lo strumento Q-Sort a due primi test: il primo teorico e il secondo statistico.

Questa fase ha permesso di validare il lavoro fatto teoricamente.

3. La terza fase consiste nella validazione dello strumento Q-Sort.

La seconda e la terza fase sono riportate in questo capitolo.

Tutta la procedura ha ricevuto parere positivo dal Comitato Etico del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica della Sapienza, Università di Roma, in data 28 giugno 2017 protocollo 25/2017.

Messa a punto dello Strumento

Come abbiamo discusso nel capitolo 2 è stato necessario un lavoro di studio approfondito della letteratura per ottenere il modello teorico di riferimento per la costruzione dei prototipi e degli item dello strumento Q-Sort. Questo rende il modello in parte solido perché di derivazione scientifica ma nonostante questo, i prototipi e gli item non compongono un modello diffuso e con largo consenso come il DSM. Per questo motivo, prima di procedere con la validazione dello strumento ci siamo posti l'obiettivo di validare il lavoro di costruzione effettuato, per avere anche un consenso condiviso della teoria di base.

Abbiamo, quindi, sottoposto lo strumento Q-Sort (prototipi e item) a due primi test, uno di stampo teorico e uno statistico. Per il primo abbiamo coinvolto un gruppo di 30 clinici esperti di età evolutiva chiedendo di dare un parere teorico-clinico agli item, ai prototipi e ai presupposti dell'impianto di base della ricerca. Questa fase ha permesso di validare teoricamente il lavoro fatto. Per il secondo abbiamo coinvolto un gruppo di 42 clinici ai quali abbiamo chiesto di applicare lo strumento a un loro paziente. Questa somministrazione preliminare aveva il solo scopo di testare l'applicabilità clinica degli item e dei prototipi in contesti di cura per poi procedere con la validazione di tipo statistico.

Consenso teorico e statistico

Consenso teorico

Abbiamo contattato tramite mail i principali esperti, nel panorama italiano, di età evolutiva

nel campo della psicoterapia e della psicopatologia con comprovata esperienza clinica, che esercitassero o avessero esercitato presso strutture, pubbliche e private, cliniche e universitarie, o delle maggiori associazioni scientifiche italiane. Delle 60 persone contattate, abbiamo ottenuto 30 risposte (per una percentuale del 50%).

Per il consenso teorico, ai clinici è stato chiesto di valutare con un punteggio su scala Likert da 0 a 5 ogni prototipo di personalità (e le altre condizioni cliniche) e gli item che lo compongono. Inoltre, sono state poste alcune domande sugli item per verificarne la chiarezza e la comprensibilità, oltre a sottolineare eventuali lacune o ripetizioni.

Tutti i prototipi hanno ottenuto un punteggio compreso tra 4 e 5, così come la maggior parte degli item. Gli item che hanno ricevuto un punteggio uguale o inferiore al 3 sono stati:

- Item non ritenuti adatti all'infanzia o a tutte le fasce dell'infanzia;
- Item critici dal punto di vista teorico;
- Item ritenuti poco comprensibili, ridondanti o doppi.

Raccolti i dati, abbiamo analizzato le singole risposte e a seguito di maggiori riflessioni e ulteriori approfondimenti teorico-concettuali abbiamo sottoposto questi item "problematici" a revisione.

Per quel che riguarda gli item ritenuti non adatti a tutte le età che compongono l'infanzia, consideriamo questi item come non problematici, perché questo è proprio uno dei punti di forza dello strumento Q-Sort. Infatti, è possibile che il bambino non abbia raggiunto tutte le fasi di sviluppo previste da tutti gli item, ma mettere punteggio 0 a uno di questi item non inficia la valutazione finale. Gli item non adatti all'infanzia o troppo adultomorfi sono stati modificati. Quelli teoricamente deboli, che non avevano quindi un grande supporto teorico oppure quelli non comprensibili da clinici di tutti gli orientamenti teorici sono stati modificati. Stessa cosa per gli item ritenuti ridondanti, poco comprensibili, o doppi e che quindi avrebbero messo il clinico in difficoltà nella risposta.

Consenso statistico

Questa fase è stata svolta con la collaborazione del Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria dell'Ospedale Umberto I.

Per il consenso statistico, 42 clinici hanno valutato 42 bambini. Ai clinici è stata fornita la batteria di strumenti della ricerca ed è stato chiesto loro di selezionare un paziente in base ai seguenti criteri di inclusione/esclusione: (1) età compresa fra i 4 e i 11 anni; (2) in consultazione/valutazione o trattamento per pattern disadattivi e duraturi di pensiero, sentimento, motivazione o comportamento (cioè personalità); (3) in trattamento da un minimo di 2 mesi a un massimo di 12 mesi.

Per minimizzare i bias legati alla selezione del paziente, ai clinici è stato detto di consultare la loro agenda e selezionare l'ultimo paziente che avessero visto in seduta la settimana precedente e che soddisfacesse i criteri dello studio. I pazienti non sono stati coinvolti in nessun modo nella ricerca. Clinici e pazienti non hanno ricevuto alcun compenso. Tutti i clinici partecipanti hanno fornito un consenso informato scritto per la partecipazione al progetto di ricerca.

Strumenti

Il clinico ha compilato:

- un questionario costruito ad hoc per avere informazioni professionali sul clinico e dati anamnestici sul bambino e sulla famiglia (in Appendice 1);
- lo strumento Q-Sort, utilizzato però come un questionario che richiedeva di attribuire a ogni item un punteggio da 0 a 7 (versione finale in Appendice 2);
- un foglio di domande sullo strumento (dove venivano posti quesiti specifici sugli item da segnalare per eventuali revisioni).

Pazienti

I bambini a cui è stato fatto riferimento per la messa a punto dello strumento sono: 42 bambini dai 5 ai 10 anni ($M=7,92$; $DS:1.50$). 64% maschi ($N=27$), 36% femmine ($N=15$) con le seguenti diagnosi:

- Dist. Emozionale Ansioso Depressivo (misto) 19% ($N=8$)
- Dist. Ansiosi 14% ($N=6$)
- Dist. Depressivi 7% ($N=3$)
- Dist. Ossessivo-Compulsivo 7% ($N=3$)
- Dist. del Comportamento 34% ($N=14$)
- Dist. Spettro Autistico 7% ($N=3$)
- Dist. dell'Apprendimento 7% ($N=3$)
- Balbuzie 5% ($N=2$)

In totale i bambini con disturbo di tipo internalizzante sono il 60% ($N=25$), mentre quelli con disturbo di tipo esternalizzante sono il 40% ($N=17$).

Per questo procedimento abbiamo analizzato le risposte dei clinici in due modi. Abbiamo verificato le risposte date agli item e preso in considerazione tutti i commenti fatti. Inoltre, abbiamo analizzato le risposte in termini statistici per capire come ogni item fosse stato valutato nelle diverse situazioni. Sono state calcolate quindi, medie e deviazioni standard di tutti gli item rispetto al campione totale. Abbiamo considerato come “critici” gli item che riportavano una media bassa e una deviazione standard inferiore a 1.50. In totale solo 16 item avevano soddisfatto entrambi i requisiti.

Considerando la numerosità del campione e la possibilità che alcune condizioni cliniche non fossero rappresentate abbiamo analizzato i punteggi suddividendo il campione in base alla diagnosi. In questo modo è possibile analizzare meglio l'andamento di quegli item rappresentativi di situazione meno frequenti nel campione. Essendo un campione poco

numeroso abbiamo raggruppato le diagnosi suddividendole fra disturbi internalizzanti ed esternalizzanti. In questo modo, i dati che sono emersi sono:

- Internalizzanti (N=25): 25 item hanno ottenuto una DS inferiore a 1.50
- Esternalizzanti (N=17): 59 item hanno ottenuto una DS inferiore a 1.50

Mettendo a confronto gli item “critici” del campione generale e gli item “critici” del campione suddiviso fra disturbi internalizzanti ed esternalizzanti sono stati identificati 10 item “critici” (Tabella 6) che sono stati sottoposti a una revisione. In Tabella 7 sono riportati gli item e i prototipi di appartenenza.

Tabella 6. Media e Deviazione Standard degli item “critici” dello strumento.

N	M gen	DS gen	M int	DS int	M est	DS est
116	1,90	1,48	1,36	1,29	2,71	1,40
111	2,90	1,41	2,96	1,54	2,82	1,24
114	1,69	1,35	1,64	1,41	1,76	1,30
20	2,02	1,30	2,04	1,43	2,00	1,12
188	1,48	1,27	1,36	1,35	1,65	1,17
143	0,90	1,27	,96	1,46	,82	,95
61	1,81	1,17	1,56	1,04	2,18	1,29
169	0,98	1,12	,76	1,05	1,29	1,16
151	0,69	1,00	,40	,58	1,12	1,32
88	0,50	0,55	,44	,58	,59	,51

Abbiamo analizzato nello specifico gli item per interpretarne le criticità. Le questioni sono risultate sostanzialmente due:

- l’item era poco chiaro, doppio o aveva altri problemi formali;
- l’item era molto specifico di alcune condizioni non presenti nel campione.

Tabella 7. Item “critici” e prototipo di appartenenza

N	ITEM	PROTOTIPO
116	Tende ad essere inaffidabile e irresponsabile (per es. non fa i compiti scolastici e mente)	NARCISISTICO
111	Tende a trovare soddisfazione e motivo di felicità in quello che fa	SANO
114	Tende a manipolare le emozioni degli altri per ottenere ciò che vuole	NARCISISTICO
20	Tende ad essere capace di fronteggiare lo stress con sentimenti appropriati e un funzionamento affettivo adeguato	SANO
188	Tende ad avere un’immagine del proprio corpo disturbata o distorta, si trova poco attraente, grottesco/a, disgustoso/a ecc.	ALTRO (DISFORIA DI GENERE)
143	Tende a masturbarsi compulsivamente	DISREGOLATO
61	Tende a non sentirsi in colpa	NARCISISTICO/DISREGOLATO
169	Tende a immedesimarsi in maniera adesiva all’altro tanto da capire cosa pensa e come manipolarlo	NARCISISTICO
151	Tende ad essere crudele con gli animali	NARCISISTICO
88	Tende a esprimere qualità, atteggiamenti, caratteristiche tradizionalmente associate all’altro sesso	ALTRO (DISFORIA DI GENERE)

Gli item legati al prototipo sano e quelli sulla disforia di genere probabilmente sono stati valutati con punteggi bassi per le caratteristiche del gruppo dei bambini (pochi potevano avere un’organizzazione di personalità sana e nessuno riportava una diagnosi di Disforia di Genere). Pertanto, questi item non sono stati ritenuti particolarmente critici. Gli altri invece sono stati sottoposti a verifica. L’emergere di soli 10 item “critici” su 200 ha dimostrato una buona tenuta generale degli item costruiti.

Per verificare la reliability dei prototipi di personalità abbiamo calcolato la loro coerenza interna con l’ α di Cronbach. Tutti i gli 8 prototipi hanno un’ottima coerenza (Streiner, 2003).

Tabella 8. α di Cronbach dei Pattern Emergenti di Personalità Infantile.

Pattern di Personalità	α
Inibito/Ritirato	.91
Disforico	.90
Ossessività Patologica	.92
Disregolato	.94
Narcisismo Patologico	.94
Sospettoso	.84
Schizoide	.92
Sano	.88

Le due fasi di consenso, teorica e statistica, sono state integrate nell’indicare gli item che necessitavano di attenzione, mentre in caso di ridondanza, poca chiarezza o scarsa

rappresentatività, gli item sono stati modificati. Abbiamo così ottenuto la versione definitiva degli item dello strumento. In generale, è emersa un'ottima tenuta dei prototipi sia alla prova del consenso teorico che a quella statistica. Le due procedure valutative hanno permesso di concludere che l'impianto teorico della ricerca ha avuto una buona tenuta e che i Pattern Emergenti di Personalità Infantile, ricavati dalla letteratura, possono essere utilizzati per la procedura di validazione dello strumento.

La Validazione

Il processo di validazione, di cui qui vengono riportati i dati preliminari, è necessario non solo per lo strumento e la sua futura utilizzazione, ma anche per lo studio della personalità infantile. Lo strumento infatti, non dovrebbe essere utile solo per effettuare una diagnosi, ma dovrebbe permettere anche di verificare l'esistenza di Pattern Emergenti di Personalità Infantile e quindi per dare validità empirica all'impianto teorico.

Obiettivi

In linea con quanto emerso dallo studio della letteratura si riscontra una carenza di ricerche sistematiche sulla personalità in sviluppo e la carenza di strumenti che possano indicare la traiettoria evolutiva della personalità e la formazione di possibili disturbi. Questa ricerca si prefigge l'obiettivo di costruire uno strumento Q-Sort *clinician report*, finalizzato alla valutazione della personalità in età evolutiva, che sia applicabile non solo alla diagnosi ma anche allo studio delle caratteristiche di personalità in età evolutiva.

Per la realizzazione del progetto sono stati presi in considerazione gli studi di validazione della SWAP per adulti e adolescenti (Shedler, et al. 2014; Westen & Shedler, 1999a; 1999b; Westen, et al., 2003; Westen, et al., 2005). Bisogna specificare che il fine ultimo di questo strumento non sarà solo quello di individuare, ove presenti, dei DP, ma anche quello di identificare gli stili emergenti, i pattern disadattivi e possibili traiettorie evolutive a rischio. In

questo la specificità dello strumento Q-Sort è particolarmente indicata.

Gli obiettivi di questa ricerca sono:

- La creazione di uno strumento Q-Sort per la valutazione dell'organizzazione e del funzionamento della personalità nei bambini;
- La sua applicazione all'indagine sulla personalità e i suoi disturbi, per studiarne le caratteristiche e il funzionamento e dare un contributo alla classificazione.

Metodo

Campione

Il campionamento ha posto due problemi fondamentali. Non è facile reperire clinici esperti di personalità infantile in quanto il costrutto è ancora poco studiato e, per lo stesso motivo, non è facile raccogliere dati su bambini con diagnosi di DP. Si è quindi proceduto al reperimento del campione in maniera casuale.

Dagli elenchi degli albi di settore, delle associazioni italiane di psicoterapia dell'età evolutiva e da centri specializzati nel trattamento dell'infanzia, è stato reclutato un campione casuale di clinici. È stato chiesto loro di selezionare un paziente in base ai seguenti criteri di inclusione/esclusione: (1) età compresa fra i 4 e i 11 anni; (2) in consultazione/valutazione o trattamento per pattern disadattivi e duraturi di pensiero, sentimento, motivazione o comportamento (cioè personalità); (3) in trattamento da un minimo di 2 mesi a un massimo di 12 mesi.

Gli esempi di diagnosi possono essere: problemi di ansia, umore o fobie; tratti moderati o forti di ritiro e inibizione; ossessioni e/o paranoie; problemi comportamentali; disturbi del neurosviluppo; caratteristiche prepsicotiche o pre-autistiche. Mentre sono da escludere: bambini con ritardo mentale da moderato a grave, sindromi autistiche conclamate, bambini in trattamento farmacologico, psicosi franche. La valutazione clinica può tenere conto,

complessivamente, dell'osservazione del bambino, dell'osservazione dell'interazione genitore-bambino, di colloqui con i genitori, della somministrazione di test, ecc.

Per minimizzare i bias legati alla selezione del paziente, ai clinici è stato chiesto di consultare la loro agenda e selezionare l'ultimo paziente visto la settimana precedente che soddisfacesse i criteri dello studio. I pazienti non sono coinvolti in nessun modo nella ricerca. Clinici e pazienti non hanno ricevuto alcuna remunerazione. Tutti i clinici partecipanti hanno fornito un consenso informato scritto per la partecipazione al progetto di ricerca.

Terapeuti

Il campione è costituito da 76 clinici, 68 donne e 8 uomini; 8% psicologi, 84% psicoterapeuti e 8% neuropsichiatri. Sono rappresentati i principali approcci teorico-clinici: psicodinamico/psicoanalitico (N=49), cognitivo-comportamentale (N=14), sistemico-relazionale (N=4), integrato (N=7), altro (N=2). L'esperienza clinica media di esercizio della psicoterapeuta era 12,6 anni (DS=9.5; range=3-35). L'80% dei pazienti descritti provenivano da setting privati e il 20% dai servizi pubblici di salute mentale del territorio nazionale.

Pazienti

Il campione è costituito da 76 pazienti, 17 femmine e 59 maschi. La loro età media è 8,6 anni (DS=1.7; range 4,1-11,4). La lunghezza media dei trattamenti è di 6,8 mesi (DS=3.5; range=3-12). Le organizzazioni di personalità indicate dai clinici sono: 11% sani, 43% nevrotico, 41% borderline, 5% psicotica. Le diagnosi cliniche sono: 1 disturbo bipolare, 13 disturbo del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta, 2 disturbo del sonno-veglia, 2 disturbo del movimento, 15 disturbo d'ansia, 8 disturbo specifico dell'apprendimento, 5 disturbo ossessivo-compulsivo, 4 disturbo depressivo, 3 disturbo della comunicazione, 7 disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, 2 disturbi dell'evacuazione, 1 disturbo post-traumatico da stress, 2 disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, 4

problemi relazionali genitore-bambino, 5 sospetto disturbo dello spettro autistico, 2 lieve disabilità intellettiva.

L'età media delle madri è di 41,5 (DS=5.6; range 27-55). L'età media dei padri è di 43,6 (DS=6.3; range 31-60). Il 68% sono sposati o conviventi mentre il 32% sono separati o divorziati. Il 63% dei bambini ha dei fratelli.

Strumenti

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

- Q-Sort in corso di validazione e descritto nel capitolo 2. Lo strumento è stato fornito come un questionario con la richiesta di attribuire a ogni item un punteggio su scala Likert da 0 a 7 (in Appendice 2)
- È stato costruito un questionario ad hoc per ottenere dai clinici informazioni generali su loro stessi, i pazienti e le terapie. I clinici hanno prodotto indicazioni demografiche e specifiche rispetto alla loro professione (anni di esperienza clinica, appartenenza all'albo degli psicologi o medici-psicoterapeuti, approccio teorico, ecc.), informazioni sui pazienti da loro selezionati (età anagrafica, genere, presenza di eventuali diagnosi, ecc.) e informazioni sulle famiglie dei pazienti (sui genitori e fratelli) (in Appendice 1).
- Child Behavior Checklist, (CBCL/4-18; Achenbach & Rescorla, 2001): I questionari Child Behavior CheckList (CBCL) fanno parte del Sistema di valutazione su base empirica di T. Achenbach. Ne esistono diverse versioni che possono essere somministrate ai genitori o agli insegnanti in base all'età del bambino e versioni self-report per i ragazzi. Permettono una descrizione del repertorio comportamentale ed emotivo del bambino e valutano la presenza di condotte potenzialmente problematiche elencate in scale comportamentali. Consentono di indagare un ampio spettro di

caratteristiche dell'età evolutiva, sia in riferimento alle competenze e al coinvolgimento nelle attività, sia in relazione alla presenza di problematiche emotive e comportamentali. È possibile inoltre valutare il comportamento attraverso altre tre scale di carattere generale: Internalizzazione, Esternalizzazione, Scala Totale dei Problemi. Inoltre, è possibile valutare il comportamento attraverso sei scale che si basano sulla classificazione del DSM-IV (approccio categoriale). La versione 4-18 è composta di 114 item e si suddivide in 12 scale sindromiche, 6 scale basate sul DSM, la scala dei problemi internalizzanti, quella dei problemi esternalizzanti e infine quella dei problemi totali.

- Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (CPNI; Coolidge, et al., 2002): È costituito da 200 item a cui un familiare o un insegnante attribuisce un punteggio su una scala Likert a 4 punti. Valuta diversi aspetti del funzionamento infantile come: (1) la personalità attraverso 15 scale di disturbi di personalità basate sui criteri dell'Asse II e delle Appendici del DSM-IV-TR e 5 scale che riportano cambiamenti di personalità dovuti a condizioni mediche, (2) le disfunzioni neuropsicologiche attraverso 5 scale di disturbi neuropsicologici e 11 sottoscale di disfunzioni neuropsicologiche, (3) le principali diagnosi cliniche attraverso 7 scale di disturbi di Asse I, e (4) altre 17 sottoscale che valutano vari aspetti del funzionamento del bambino.

Per gli strumenti CBCL e CPNI si è scelto di utilizzare la versione per i genitori applicata ai clinici, metodo già utilizzato in precedenti ricerche, per ovviare al problema della compilazione da parte dei genitori.

Procedura

Dopo aver ricevuto il consenso dei clinici a partecipare sono stati forniti i materiali per

condurre lo studio attraverso una survey inviata on-line. La somministrazione è avvenuta in due fasi. Nella prima fase i clinici hanno ricevuto un link con tutte le informazioni, le istruzioni da seguire e gli strumenti: il questionario ad hoc per l'anamnesi, lo strumento Q-Sort per valutare la personalità infantile e la Child Behavior Checklist per valutare gli aspetti di funzionamento e sintomatologici. Nella seconda fase, attraverso un'altra survey, ai clinici è stato inviato un altro link contenente il Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children. Il clinico ha dovuto compilare la seconda fase entro 2 settimane dalla prima. La compilazione in due fasi è stata scelta per evitare l'eccessivo affaticamento del clinico.

La compilazione degli strumenti deve essere fatta in un'unica soluzione, i link non permettono di sospendere e riprendere la compilazione. Alla prima fase hanno partecipato 76 clinici, alla seconda fase hanno partecipato 62 clinici.

Analisi

Tutte le analisi sono state condotte con SPSS 20 per Windows (IBM, Armonk, N.Y.).

I risultati emersi dalla compilazione dello strumento Q-Sort sono stati trattati con la Q-factor analysis per identificare prototipi di personalità derivati empiricamente. La Q-factor analysis, applicata alla validazione della personalità (Block, 1961; 1978) è una procedura volta a individuare gruppi di individui che presentano caratteristiche personologiche simili (Westen & Shedler, 1999b). La Q-analysis segue le convenzioni delle analisi fattoriali utilizzate nelle ricerche scientifiche sui tratti di personalità, ma invece di correlare gli item in base ai pazienti, correla i pazienti in base agli item. In altre parole, permette di individuare gruppi di pazienti che si assomigliano tra loro e differiscono da altri pazienti del campione. Per determinare il numero di Fattori-Q da estrarre, è stata effettuata un'estrazione iniziale dei componenti con autovalori ≥ 1 (criteri di Kaiser). Il numero di fattori da estrarre è determinato dall'esame

dello *scree plot* e dalla percentuale di varianza spiegata. Questi fattori possono essere ruotati per ottenere soluzioni fattoriali ortogonali o oblique. Gli item con le saturazioni più alte su un fattore possono essere usati per redigere un prototipo che descrive il gruppo di pazienti corrispondente. La rotazione *promax* è una rotazione obliqua adatta ai fattori che non correlano tra loro e tende a cogliere gli aspetti della personalità meglio di una rotazione ortogonale. Una volta individuati i Fattori-Q, è stata calcolata l' α di Cronbach per verificarne la coerenza interna.

Infine, Per verificare la validità di costrutto e di criterio sono state calcolate le correlazioni bivariate fra i Fattori-Q, le scale sindromiche e di personalità CPNI e le scale sindromiche CBCL.

Risultati

Rispetto alla Q-factor analysis il test di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; Tabachnick & Fidell, 2007) ha confermato l'adeguatezza campionaria con un punteggio di KMO=.806. Inoltre, il test di sfericità di Bartlett (1950) ($\chi^2=8778,413$; $df=2850$; $p<.000$) ha indicato che le correlazioni tra gli item erano sufficientemente ampie da consentire l'analisi delle componenti principali. La PCA ha rilevato otto componenti che forniscono la migliore soluzione fattoriale e consentono un'adeguata interpretabilità dei dati. Gli otto fattori spiegano il 52% della varianza. Nella Tabella 9 sono riportati i fattori per come sono emersi seguendo il grafico dello *scree plot*.

Tabella 9. I Fattori-Q di Personalità Infantile.

Fattore-Q	ITEM
1. Alto funzionamento	Tende ad esprimersi in modo appropriato all'età (125)
	Tende ad apprezzare e rispondere allo humor (4)
	Tende a finire quello che ha iniziato (92)
	Tende ad usare i suoi talenti, le sue capacità e le sue energie in modo efficace e produttivo (138)
	Tende a trovare soddisfazione e motivo di felicità in quello che fa e a provare un senso di efficacia (111)
	Tende a suscitare simpatia negli altri (194)
	Tende ad essere creativo/a (5)

	<p>Tende ad avere intuito psicologico; riesce a capire se stesso/a e gli altri (177)</p> <p>Tende ad essere coscienzioso/a e responsabile (182)</p> <p>Tende ad essere empatico/a, sensibile e responsivo/a verso i bisogni e i sentimenti degli altri (185)</p> <p>Tende ad avere standard morali e etici (122)</p> <p>Tende a sentirsi a proprio agio in situazioni sociali (1)</p> <p>Tende ad avere rapporti caratterizzati da intimità e vicinanza, ha degli amici preferiti (40)</p> <p>Tende ad essere capace di fronteggiare lo stress o le situazioni stressanti e conflittuali con sentimenti appropriati (per qualità e intensità alla situazione che sta vivendo) (20)</p> <p>Tende ad essere energico/a o espansivo/a (141)</p>
2. Borderline/ Disregolato	<p>Tende a partecipare a scontri di potere con adulti (49)</p> <p>Tende ad avere con gli adulti rapporti di controllo reciproco in varie forme (per es. vittima-aggressore, soccorso-violenza, o comunque ruoli caricaturali) (74)</p> <p>Tende a cadere in spirali senza controllo che conducono a estrema ansia, tristezza, rabbia, eccitazione ecc. (19)</p> <p>Tende ad esprimere le proprie emozioni in modi esagerati e teatrali (65)</p> <p>Tende a manifestare la sua rabbia in maniera sproporzionata rispetto all'evento (70)</p> <p>Tende ad avere paura di essere rifiutato/a o abbandonato/a dagli altri che per lui/lei sono emotivamente significativi (94)</p> <p>Tende ad avere cambiamenti improvvisi di umore o di sentimenti (36)</p> <p>Tende a suscitare nei genitori atteggiamenti intrusivi e controllanti o ostili e distanti (42)</p> <p>Tende ad essere impulsivo/a o ad agire senza riflettere (134)</p> <p>Tende a comportarsi in modo da suscitare negli altri sentimenti simili a quelli che lui/lei stesso/a sta provando (per es. quando è arrabbiato/a agisce in un modo da provocare rabbia negli altri; quando è ansioso/a agisce in un modo che induce ansia negli altri; quando si sente impotente, fa sentire l'altro impotente) (193)</p> <p>Tende ad essere ansioso/a (24)</p> <p>Tende a sentirsi arrabbiato/a e ostile (sia in modo esplicito che implicito) (195)</p> <p>Tende a fare sceneggiate o pagliacciate (46)</p> <p>Tende a essere oppositivo/a, bastian contrario/a o pronto/a al disaccordo (101)</p> <p>Tende a suscitare negli altri reazioni estreme e sentimenti forti (145)</p>
3. Inibito/Ritirato	<p>Tende ad essere molto sensibile alle critiche a scuola (2)</p> <p>Tende a pensare di avere scarso valore (58)</p> <p>Tende a provare vergogna o a sentirsi imbarazzato/a (64)</p> <p>Tende ad essere ansioso/a (24)</p> <p>Tende a essere indeciso/a o a tentennare di fronte alle scelte (25)</p> <p>Tende ad essere schivo/a, timido/a e ritirato/a soprattutto nelle situazioni sociali (110)</p> <p>Tende ad essere inibito/a o coartato/a; ha difficoltà a riconoscere o esprimere i propri desideri e impulsi (37)</p> <p>Tende a preoccuparsi di essere criticato/a, disapprovato/a o rifiutato/a in situazioni sociali (93)</p> <p>Tende ad essere inibito/a rispetto al raggiungimento di obiettivi o in generale del successo (per es. a scuola teme di mettersi in mostra e non si espone) (135)</p> <p>Tende ad essere timido/a e la timidezza aumenta nel tempo (15)</p> <p>Tende ad essere passivo/a e poco assertivo (22)</p> <p>Tende ad essere reticente, tiene le cose per se stesso/a (146)</p>
4. Disforico/ Ansioso	<p>Tende ad essere ansioso/a (24)</p> <p>Tende a sentirsi a disagio a scuola, in pubblico o comunque fuori da casa (98)</p> <p>Tende ad avere problemi di apprendimento legati alla lettura, scrittura e calcolo o in generale ad imparare nuove cose (48)</p> <p>Tende a pensare di avere scarso valore (58)</p> <p>Tende ad essere molto attento/a alle reazioni degli adulti, è sensibile agli umori altrui (63)</p> <p>Tende ad essere facilmente frustrato/a (per es. rinuncia presto) (66)</p> <p>Tende a non riuscire a mantenere l'attenzione o a distrarsi facilmente; ha problemi di concentrazione (9)</p> <p>Tende a sentirsi in colpa (59)</p> <p>Tende ad essere autocritico/a, si pone standard irrealisticamente elevati ed è intollerante verso i propri difetti (75)</p> <p>Tende ad avere con gli adulti comportamenti di ricerca di attenzione, passivi e infantili o</p>

	<p>seduttivi e teatrali (più di quanto sia adeguato all'età) (85)</p> <p>Tende a preoccuparsi di essere criticato/a, disapprovato/a o rifiutato/a in situazioni sociali (93)</p> <p>Tende ad avere paura di essere rifiutato/a o abbandonato/a dagli altri che per lui/lei sono emotivamente significativi (94)</p> <p>Tende ad avere preoccupazioni, eccessive aspettative e insoddisfazione per i risultati scolastici (33)</p> <p>Tende a essere eccessivamente bisognoso/a o dipendente; (per es. richiede rassicurazioni o approvazioni eccessive, è "appiccicoso/a" con amici e genitori) (21)</p> <p>Tende a farsi consolare quando si presenta una situazione negativa (34)</p>
5. Schizoide	<p>Tende ad avere scarse capacità sociali; nelle situazioni sociali tende a comportarsi in modo goffo e inappropriato (197)</p> <p>Tende ad avere comportamenti bizzarri (43)</p> <p>Tende ad avere dei rituali collegati alla minzione, alla defecazione, al momento di andare a letto o al mangiare (28)</p> <p>Tende ad avere difficoltà a mantenere le amicizie (118)</p> <p>Tende a descrivere le esperienze in termini generali; non vuole o non sa offrire dettagli specifici (o comunque in maniera inappropriata all'età) (161)</p> <p>Tende ad essere poco coordinato/a, goffo/a e impacciato/a (140)</p> <p>Tende a pensare in termini concreti e a interpretare le cose in modo troppo letterale; non è molto capace di apprezzare le metafore, le analogie o le sfumature (in relazione all'età) (200)</p> <p>Tende ad essere schivo/a, timido/a e ritirato/a soprattutto nelle situazioni sociali (110)</p> <p>Tende a non avere relazioni intime né amici stretti (8)</p> <p>Tende ad avere una gamma di affetti molto ridotta (7)</p> <p>Tende a essere ignorato/a, dimenticato/a o evitato/a dai suoi coetanei (50)</p> <p>Tende ad essere facilmente frustrato/a (per es. rinuncia presto) (66)</p> <p>Tende a non essere empatico/a (difficoltà a comprendere e apprezzare le idee, i sentimenti o i comportamenti degli altri) (113)</p> <p>Tende ad utilizzare pensiero magico, fantasie e idee bizzarri (non appropriati all'età) (12)</p>
6. Inibito/ Depressivo	<p>Tende ad essere verbalmente poco articolato/a; non riesce a esprimersi bene con le parole (171)</p> <p>Tende ad essere facilmente frustrato/a (per es. rinuncia presto) (66)</p> <p>Tende ad avere problemi di apprendimento legati alla lettura, scrittura e calcolo o in generale ad imparare nuove cose (48)</p> <p>Tende ad essere poco coordinato/a, goffo/a e impacciato/a (140)</p> <p>Tende a non riuscire a mantenere l'attenzione o a distrarsi facilmente; ha problemi di concentrazione (9)</p> <p>Tende a sviluppare sintomi somatici in risposta a stress o conflitti (per es. mal di testa, mal di schiena, dolori addominali, asma, enuresi, encopresi, ecc.) (3)</p> <p>Il suo comportamento a scuola è irregolare, imprevedibile, o gravemente inappropriato (per es. in classe è pigro/a o gravemente distruttivo/a) (55)</p> <p>Tende ad essere molto sensibile alle critiche a scuola (2)</p> <p>In situazioni di stress o davanti a forti emozioni tende a mostrare un notevole peggioramento del proprio livello di funzionamento abituale, tanto da perdere le capacità acquisite (41)</p> <p>Tende a non assumersi responsabilità, ha bisogno sempre che altri si prendano le responsabilità per lui/lei o di essere rassicurato/a (91)</p> <p>Tende a esprimere la propria aggressività in modi passivi e indiretti (per es. tenere il broncio) (10)</p> <p>Tende ad essere piagnucoloso/a e a lamentarsi spesso (31)</p> <p>Tende a sentirsi apatico/a, affaticato/a e privo di energia (83)</p> <p>Tende ad avere con gli adulti comportamenti di ricerca di attenzione, passivi e infantili o seduttivi e teatrali (più di quanto sia adeguato all'età) (85)</p> <p>Tende ad avere problemi nel ricordare le cose (196)</p> <p>Tende a non iniziare o svolgere i suoi compiti da solo/a perché teme di essere deriso/a, schernito/a (45)</p> <p>Tende ad essere inaffidabile e irresponsabile (per es. non fa i compiti scolastici) (116)</p> <p>Tende ad avere scarsi risultati scolastici (12)</p>

7. Borderline/ Impulsivo	<p>Il suo comportamento a scuola è irregolare, imprevedibile, o gravemente inappropriato (per es. in classe è pigro/a o gravemente distruttivo/a) (55)</p> <p>Tende a non riuscire a mantenere l'attenzione o a distrarsi facilmente; ha problemi di concentrazione (9)</p> <p>Tende ad essere disobbediente a casa e a scuola (105)</p> <p>Tende a non considerare le conseguenze dei suoi comportamenti e delle sue azioni (126)</p> <p>Tende ad avere difficoltà a mantenere le amicizie (118)</p> <p>Tende ad urlare molto (90)</p> <p>Tende a essere oppositivo/a, bastian contrario/a o pronto/a al disaccordo (101)</p> <p>Tende a manifestare la sua rabbia in maniera sproporzionata rispetto all'evento (70)</p> <p>Tende a sentirsi arrabbiato/a e ostile (sia in modo esplicito che implicito) (195)</p> <p>Tende a distruggere le cose proprie o altrui e ad essere aggressivo/a (57)</p> <p>Tende ad avere con gli adulti rapporti di controllo reciproco in varie forme (per es. vittima-aggressore, soccorso-violenza, o comunque ruoli caricaturali) (74)</p> <p>Tende a suscitare negli altri reazioni estreme e sentimenti forti (145)</p> <p>Tende ad essere tendenzialmente rigido/a, testardo/a, imbronciato/a o irritabile (76)</p> <p>Tende ad essere impulsivo/a o ad agire senza riflettere (134)</p> <p>Tende a cadere in spirali senza controllo che conducono a estrema ansia, tristezza, rabbia, eccitazione ecc. (19)</p> <p>Tende a partecipare a scontri di potere con adulti (49)</p> <p>Tende a manifestare crudeltà, bullismo o meschinità verso gli altri (89)</p>
8. Ossessivo	<p>Tende a comportarsi in modo iper-responsabile in sintonia con l'atteggiamento ipercritico, perfezionista o trascurante dei genitori (6)</p> <p>Tende a essere eccessivamente preoccupato/a per le regole, le procedure, l'ordine, l'organizzazione, le programmazioni e soffre quando gli sfugge il controllo sull'ambiente e sui propri affetti (104)</p> <p>Tende ad avere difficoltà a mantenere i rapporti per la sua eccessiva rigidità (53)</p> <p>Tende ad essere coscienzioso/a e responsabile (182)</p> <p>Tende ad allontanarsi facilmente (29)</p> <p>Tende ad essere molto educato/a, rispettoso/a e attento/a alle regole e alle convenzioni sociali (in maniera eccessiva) (32)</p> <p>Tende ad essere autocritico/a, si pone standard irrealisticamente elevati ed è intollerante verso i propri difetti (75)</p> <p>Tende a essere critico/a con le altre persone (124)</p> <p>Tende a idealizzare o svalutare il genitore (179)</p> <p>Tende a esprimere la propria aggressività in modi passivi e indiretti (per es. tenere il broncio) (10)</p> <p>Tende ad essere timido/a e la timidezza aumenta nel tempo (15)</p> <p>Tende ad imbarazzarsi per gli scambi emozionali, non apprezza le smancerie, la vicinanza e l'intimità (per es. gli abbracci e i baci) (18)</p> <p>Tende a fare i compiti o a dedicarsi ad altre attività produttive sacrificando o escludendo del tutto le attività di svago e le amicizie (51)</p> <p>Tende ad essere tormentato/a da pensieri ossessivi ricorrenti che lo/a spaventano (62)</p> <p>Tende ad essere troppo preoccupato/a riguardo all'ordine e alla pulizia (per es. se cade va subito a lavarsi) (72)</p>

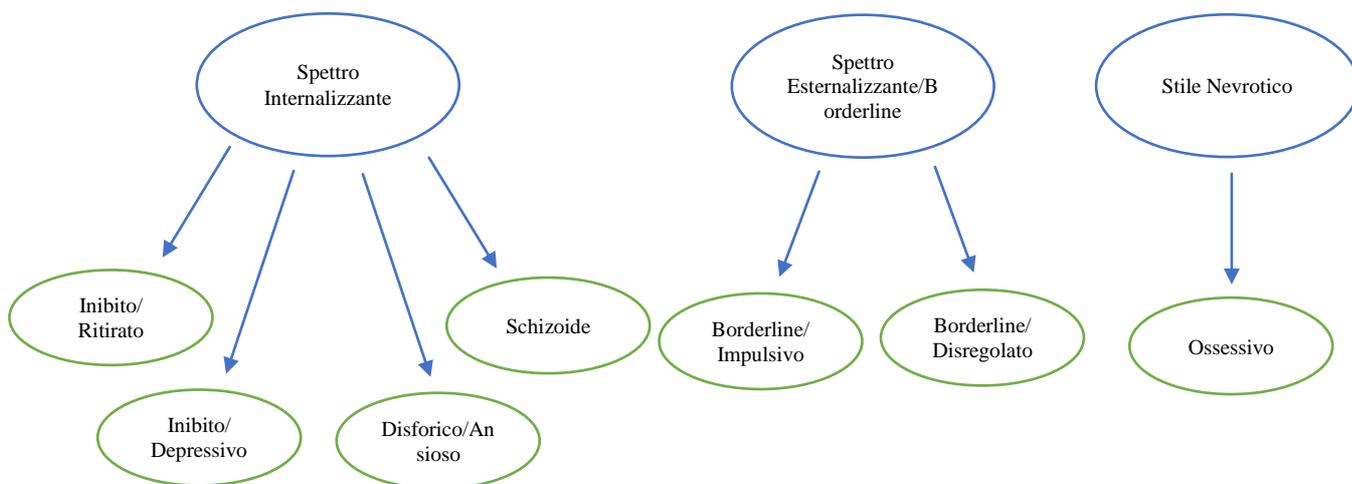
Non tutti gli otto Fattori-Q corrispondono agli otto Pattern Emergenti di Personalità. Non emerge dall'analisi un fattore Sospettoso mentre i fattori legati alla disforia/depressione sono due.

1. Il fattore Alto funzionamento è composto dagli item inseriti nello strumento per valutare le risorse sia psicologiche che relazionali del bambino. È sostanzialmente identico al Pattern Emergente di Personalità Sana.

2. Il fattore Borderline/Disregolato condivide molti degli item del Pattern Emergente di Personalità Disregolata ma coglie sfumature diverse pur non cambiando di molto nella sostanza.
3. Il fattore Inibito/Ritirato pur con un peso diverso degli item, è sostanzialmente simile al Pattern Inibito/Ritirato.
4. Il fattore Disforico/Ansioso riprende alcuni item del Pattern Disforico ma si differenzia da questo perché coglie anche degli aspetti di disregolazione emotiva, tendenti all'ansia. Inoltre, nel fattore entra anche un aspetto di difficoltà neuropsicologica. Questo fattore si caratterizza anche per delle risorse sane come la capacità di farsi consolare.
5. Il fattore Schizoide è molto simile al Pattern schizoide a cui si aggiunge il problema del movimento e la frustrazione.
6. Il fattore Inibito/Depressivo è invece un fattore del tutto inedito che racchiude alcune sfumature del Pattern Disforico a cui si aggiungono problemi neuropsicologici, di movimento e scolastici, ma anche gli aspetti di disregolazione collegati al funzionamento più basso.
7. Il fattore Borderline/Impulsivo riprende molti item collegati al Pattern Narcisismo Patologico ma è fortemente caratterizzato dalla disregolazione emotiva. Inoltre, anche in questo fattore entrano le difficoltà collegate alla scuola.
8. Il fattore Ossessivo è del tutto simile al Pattern con Ossessività Patologica ma con un diverso peso degli item.

Nella Figura 1 è riportata la struttura gerarchica dei Fattori-Q sulla base del modello di Westen e colleghi (2012) utilizzato per la SWAP-II.

Figura 1. Struttura gerarchica dei Fattori-Q.



Nella Tabella 10 sono riportate le corrispondenze fra i Pattern Emergenti di Personalità e i Fattori-Q. Come è stato già detto, in alcuni casi c'è una corrispondenza fra prototipi e fattori, mentre in altri ci sono differenze significative. Anche dove si trova una corrispondenza le differenze sono da rintracciarsi nella gerarchizzazione degli item.

Tabella 10. Confronto fra Pattern Emergenti di Personalità e Fattori-Q.

Pattern di Personalità Emergente	Fattori-Q
Sano	Alto funzionamento
Inibito/Ritirato	Inibito/Ritirato
Disforico	Disforico/Ansioso
Ossessività Patologica	Inibito/Depressivo
Disregolato	Ossessivo
Narcisismo Patologico	Borderline/Disregolato
Sospettoso	Borderline/Impulsivo
Schizoide	Schizoide

Come è stato già indicato alcuni fattori assomigliano ai Pattern teorici e questo conferma che i Pattern, ricavati dalla letteratura, hanno una loro coerenza. Molto interessante è la presenza del fattore Inibito/Depressivo che per gli item che lo compongono sembra più compromesso degli altri. Emerge quindi un *continuum* di gravità e compromissione nell'area nevrotica che non era ipotizzabile attraverso la costruzione teorica dei Pattern Emergenti di Personalità. I due fattori Borderline si distinguono per le caratteristiche di disregolazione e impulsività,

dando un'informazione diagnostica importante per distinguere non solo le tipologie di bambino ma anche le linee evolutive differenti.

La questione di come la personalità entri o non entri nella valutazione clinica è sempre rilevante. Per questo ci siamo chiesti se i fattori si differenziassero in base alle diagnosi effettuate. Nella Tabella 11 sono indicate, in percentuale, le diagnosi assegnate ai pazienti che rientrano negli otto Fattori-Q. I Fattori-Q sono riportati in ordine di compromissione e di organizzazione di personalità.

Tabella 11. Fattori Q e diagnosi cliniche dei bambini.

Fattore Q	Frequenza Diagnosi
Alto funzionamento	56% disturbo d'ansia 22% disturbo specifico dell'apprendimento 11% disturbo del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta 11% disturbo del sonno-veglia
Inibito/Ritirato	16,67% disturbo specifico dell'apprendimento 16,67% disturbo della comunicazione 16,67% problemi relazionali genitore-bambino 16,67% disturbo dello spettro autistico 16,67% disturbo depressivo 16,67% disturbi dell'evacuazione
Disforico/Ansioso	20% disturbo specifico dell'apprendimento 60% disturbo d'ansia 20% disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività
Inibito/Depressivo	33,32% disturbo specifico dell'apprendimento 16,67% disturbo del movimento 16,67% lieve disabilità intellettiva 16,67% disturbo della nutrizione e dell'alimentazione 16,67% disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività
Ossessivo	40% disturbo d'ansia 20% disturbo del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta 20% lieve disabilità intellettiva 20% disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività
Borderline/Disregolato	67% disturbo del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta 11% disturbo depressivo 11% disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività 11% disturbo d'ansia
Borderline/Impulsivo	16,67% disturbo specifico dell'apprendimento 16,67% disturbo bipolare 16,67% disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività 16,67% disturbo del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta 16,67% disturbo ossessivo-compulsivo 16,67% problemi relazionali genitore-bambino
Schizoide	50% sospetto disturbo dello spettro autistico 16,67% problemi relazionali genitore-bambino

16,67% disturbo della comunicazione
 16,67% disturbo del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta

All'interno di ogni fattore le diagnosi sono piuttosto eterogenee, non sembra spiccare una relazione chiara fra diagnosi e i fattori di personalità. È interessante però notare che nel fattore Borderline/Disregolato la diagnosi più frequente è quella di disturbo del comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta che insieme a quella di disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività compongono la maggior parte delle diagnosi del fattore. Questo risultato è in linea con i dati di letteratura che mettono in continuità queste diagnosi con il disturbo borderline degli adulti (Caye, et al., 2016; Wertz, et al., 2018; Stepp, et al., 2012).

Nei fattori Inibito/ritirato, Borderline/Impulsivo e Inibito/Depressivo non emergono diagnosi principali. Nel fattore Disforico/Ansioso la diagnosi più frequente è coerentemente quella di disturbo d'ansia. Colpisce che molti dei casi con sospetto autismo rientrino nel fattore Schizoide. Nel fattore Ossessivo invece non rientrano i bambini con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo. Si trovano invece diagnosi collegate all'ansia e al comportamento.

Importante è anche capire il livello di coerenza mostrato dai fattori emersi dalle analisi con questo nuovo assetto differente rispetto all'impianto teorico. Dall'analisi emerge un'ottima coerenza interna per tutti i Fattori-Q come riportato in Tabella 12.

Tabella 12. α di Cronbach dei Fattori-Q.

Fattori-Q	α
Alto funzionamento	.90
Inibito/Ritirato	.84
Disforico/Ansioso	.78
Inibito/Depressivo	.89
Ossessivo	.80
Borderline/Disregolato	.93
Borderline/Impulsivo	.93
Schizoide	.89

Per verificare la validità di costrutto, ovvero il grado in cui la misura riflette il costrutto personalità in maniera accurata, è stata calcolata la correlazione fra i Fattori-Q e le scale di personalità CPNI come riportato nella Tabella 13.

Tabella 13. Correlazione fra i Fattori-Q e le scale di personalità CPNI (N=62).

Fattore-Q	SCALE DI PERSONALITÀ CPNI											
	DPP	DBP	DDP	DIP	DOCP	DPST	DPSZ	DNP	DASP	DEP	DPPA	DDeP
Alto funzionamento	-.22	-.32*	-.25	-.30*	-.06	-.49**	-.48**	-.16	-.31*	-.24	-.36**	-.05
Inibito/Ritirato	.21	.02	.43**	.18	.30*	.34**	.29*	.06	-.21	.70**	-.01	.59**
Disforico/Ansioso	.37**	.37**	.67**	.47**	.26*	.31*	.09	.31*	.08	.25*	.26*	.60**
Inibito/Depressivo	.22	.35**	.51**	.40**	.05	.40**	.35**	.20	.21	.35**	.31*	.19
Ossessivo	.07	.01	.18	.21	.40**	.21	.17	.13	-.21	.39**	-.04	.41**
Borderline/Disregolato	.42**	.75**	.31*	.56**	.22	.39**	.23	.64**	.50**	.10	.62**	.25*
Borderline/Impulsivo	.48**	.76**	.29*	.55**	.30*	.44**	.21	.62**	.68**	.07	.70**	.15
Schizoide	.13	.29*	.21	-.21	.16	.76**	.67**	.20	.19	.41**	.18	.07

*p≤0.05 **p≤0.01

Legenda: DPP – Disturbo Paranoide di Personalità; DBP – Disturbo Borderline di Personalità; DDP – Disturbo Dipendente di Personalità; DIP – Disturbo Istrionico di Personalità; DOCP – Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità; DPST – Disturbo Schizotipico di Personalità; DPSZ – Disturbo Schizoide di Personalità; DNP – Disturbo Narcisistico di Personalità; DASP – Disturbo Antisociale di Personalità; DEP – Disturbo Evitante di Personalità; DPPA – Disturbo Passivo-Aggressivo di Personalità; DDeP – Disturbo Depressivo di Personalità.

Il fattore Alto funzionamento correla negativamente con tutte le diagnosi.

Il fattore Inibito/Ritirato mostra un'alta correlazione con il disturbo evitante, mentre quello Disforico/Ansioso con il disturbo dipendente. Il fattore Inibito/Depressivo non mostra una correlazione alta con nessun DP, questo perché è il fattore inedito dello studio e non corrisponde a nessun DP presente fino ad ora nelle classificazioni.

Il fattore Ossessivo mostra una correlazione positiva, anche se non alta, con il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità.

I fattori Borderline/Disregolato e Borderline/Impulsivo mostrano un'alta correlazione con il disturbo borderline, narcisistico, antisociale e passivo-aggressivo.

Il fattore Schizoide mostra una correlazione alta con i disturbi schizoide e schizotipico.

Per la validità di criterio, ovvero un criterio esterno che viene utilizzato per verificare la validità del test rispetto ad esso, è stata calcolata la correlazione fra i fattori e le scale di sindromiche CPNI e CBCL come riportato nelle Tabelle 14 e 15.

Tabella 14. Correlazione fra i Fattori-Q e le scale sindromiche CPNI (N=62).

Fattore-Q	SCALE SINDROMICHE CPNI						
	DAG	Dep	DAS	DOP	ADHD-C	ADHD-D	ADHD-I
Alto funzionamento	-.02	-.38**	.13	-.42**	-.63**	-.67**	-.48**
Inibito/Ritirato	.55**	.35**	.32*	-.26*	-.23	-.07	-.35**
Disforico/Ansioso	.64**	.64**	.52**	.12	.21	.28*	.10
Inibito/Depressivo	.28*	.53**	.14	.27*	.59**	.72**	.35**
Ossessivo	.44**	.23	.36**	-.21	-.37**	-.33*	-.34**
Borderline/Disregolato	.19	.44**	.25*	.76**	.52**	.33**	.62**
Borderline/Impulsivo	.08	.43**	.10	.84**	.73**	.56**	.76**
Schizoide	.32*	.43**	.20	.15	.45**	.52**	.29*

*p<0.05 **p<0.01

Legenda: DAG – Disturbo d’Ansia Generalizzata; Dep – Depressione; DAS – Disturbo d’Ansia da Separazione; DOP – Disturbo Oppositivo-Provocatorio; ADHD-C – Disturbo da Deficit dell’Attenzione/Iperattività (Combinato: Disattento e Iperattivo); ADHD-D – Disturbo da Deficit dell’Attenzione/Iperattività (Disattento); ADHD-I – Disturbo da Deficit dell’Attenzione/Iperattività (Impulsivo).

Tabella 15. Correlazione fra i Fattori-Q e le scale sindromiche CBCL (N=76).

Fattore-Q	SCALE SINDROMICHE CBCL											
	A/D	R/D	Lam Som	Prob Soc	Prob Pens	Prob Att	Trasg Reg	Comp Agg	Altri Prob	INT	EST	TOT
Alto funzionamento	.05	-.41**	-.01	-.53**	-.26*	-.72**	-.48**	-.45**	-.18	-.14	-.49**	-.55**
Inibito/Ritirato	.67**	.68**	.29*	.39**	.25*	.05	-.08	-.13	-.03	.73**	-.12	.32**
Disforico/Ansioso	.64**	.26*	.15	.55**	.14	.30**	.18	.18	.29*	.49**	.19	.46**
Inibito/Depressivo	.18	.41**	.25*	.64**	.23*	.77**	.52**	.39**	.34**	.35**	.46**	.65**
Ossessivo	.62**	.39**	.22	.14	.29*	-.08	-.06	-.05	.03	.56**	-.06	.23*
Borderline/Disregolato	.25*	.02	.03	.34**	.20	.44**	.55**	.79**	.47**	.14	.76**	.61**
Borderline/Impulsivo	.08	.08	-.05	.47**	.26*	.63**	.71**	.89**	.46**	.06	.89**	.70**
Schizoide	.16	.50**	.12	.74**	.55**	.74**	.47**	.31**	.12	.33**	.38**	.64**

*p<0.05 **p<0.01

Legenda: A/D – Ansia/Depressione; R/D – Ritiro/Depressione; Lam Som – Lamentele Somatiche; Prob Soc – Problemi Sociali; Prob Pens – Problemi di Pensiero; Prob Att – Problemi Attentivi; Trasg Reg – Trasgressione delle regole; Comp Agg – Comportamento aggressivo; Altri Prob – Altri Problemi; INT – Internalizzanti; EST – Esternalizzanti; TOT – Totali.

Il fattore Alto funzionamento anche qui correla negativamente con tutte le sindromi cliniche ad eccezione dell'ansia e depressione CBCL. In generale la correlazione fra questo fattore e i disturbi totali è piuttosto alta oltre che negativa.

Il fattore Inibito/Ritirato mostra alte correlazioni con l'ansia generalizzata del CPNI e l'ansia/depressione, il ritiro/depressione, e i disturbi internalizzanti della CBCL.

Il fattore Disforico/Ansioso mostra alte correlazioni con l'ansia generalizzata, la depressione e l'ansia da separazione del CPNI e l'ansia/depressione della CBCL.

Il fattore Inibito/Depressivo mostra alte correlazioni sia con l'ADHD combinato (Deficit attenzione e Iperattività) che con l'ADHD Inattento rilevate con il CPNI. Inoltre, con i problemi sociali, attentivi e totali della CBCL.

Il fattore Ossessivo mostra alte correlazioni solo con l'ansia/depressione della CBCL.

Il fattore Borderline/Disregolato mostra un'alta correlazione con il disturbo oppositivo-provocatorio e l'ADHD del tipo Iperattivo-Impulsivo del CPNI. Nella CBCL troviamo un'alta correlazione con il comportamento aggressivo e i disturbi esternalizzanti.

Il fattore Borderline/Impulsivo mostra alte correlazioni con il disturbo oppositivo-provocatorio e con tutti e tre i tipi ADHD del CPNI. Inoltre, con i problemi attentivi, la trasgressione delle regole, comportamento aggressivo, disturbi esternalizzanti e totali della CBCL.

Il fattore Schizoide mostra alte correlazioni con i problemi di sociali, di pensiero e attentivi oltre che con i disturbi totali della CBCL.

Discussioni

Rispetto alla prima fase del progetto, la ricostruzione teorica del modello dei Pattern Emergenti di Personalità, è stato il punto di partenza fondamentale di questo lavoro. Gli 8 Pattern che sono stati discussi nel secondo capitolo hanno formato i prototipi dello strumento

Q-Sort e le loro descrizioni sono diventate item. Nello strumento però, i prototipi non vengono utilizzati, in questa fase, come i fattori PD della SWAP (Shedler, et al., 2014; Westen, et al., 2003; 2005; 2012) ma solo come componenti di base dello strumento. Questa scelta viene dal fatto che sulla possibilità di diagnosticare un DP in età evolutiva non c'è un accordo unanime e quindi i prototipi restano ancora una proposta teorica (Fortunato & Speranza, 2018). Quindi, una volta validato lo strumento e raggiunta una classificazione definitiva attraverso i Fattori-Q, la diagnosi categoriale si avrà col confronto con i fattori.

Nella seconda fase di messa a punto dello strumento, come abbiamo visto, le due procedure valutative, consenso teorico e statistico, hanno confermato il modello dei Pattern Emergenti e ci hanno permesso di concludere che l'impianto teorico della ricerca poteva effettivamente essere il punto di partenza per la validazione dello strumento. I Pattern Emergenti di Personalità Infantile hanno avuto un'ottima tenuta e non è stato necessario modificarli. Gli item invece, hanno rilevato alcune criticità su cui è stato possibile intervenire tempestivamente. Da questa fase è emerso lo strumento definitivo che poi è stato applicato per la validazione.

Per quanto riguarda la terza fase, di cui sono riportati i dati preliminari, l'analisi dei Fattori-Q ha permesso di derivare empiricamente 8 pattern di personalità infantile, tutti con una buona coerenza interna.

Ecco una breve descrizione dei fattori ricavata dagli item che li compongono:

Tabella 16. Descrizione dei Fattori-Q.

Alto funzionamento	Usa i suoi talenti, le sue capacità e le sue energie in modo efficace, produttivo e creativo. È a proprio agio nelle situazioni sociali e ed è capace di relazioni caratterizzate da intimità. Si esprime in modo appropriato all'età, apprezza e rispondere allo humor. Ha intuito psicologico, empatia e standard morali e etici.
Inibito/Ritirato	Tende a provare vergogna, a sentirsi imbarazzato e ad essere ansioso. È molto sensibile alle critiche e pensa di avere scarso valore. È schivo, timido, inibito, passivo e coartato.

Disforico/Ansioso	È depresso, ansioso e dipendente. Tende a pensare di avere scarso valore e è autocritico. Si sente a disagio fuori da casa. È molto attento alle reazioni degli adulti. Ha problemi di apprendimento.
Inibito/Depressivo	È apatico e privo di energie. È facilmente frustrabile, disattento e sensibile alle critiche. Tende ad avere sintomi somatici e si lamenta molto. Non si assume responsabilità, è inaffidabile. Tende ad essere verbalmente poco articolato, ad avere problemi di apprendimento, ad essere poco coordinato, goffo e impacciato.
Ossessivo	Tende a comportarsi in modo iper-responsabile ed è eccessivamente preoccupato per le regole e l'organizzazione. Tende ad avere difficoltà a mantenere i rapporti. È critico e autocritico, timido e tormentato da pensieri ossessivi.
Borderline/Disregolato	Tende a cadere in spirali senza controllo. Teme l'abbandono e vive le emozioni in modo estremo e altalenante. Tende a partecipare a scontri di potere con adulti. È oppositivo, controllante e teatrale.
Borderline/Impulsivo	Il suo comportamento è irregolare, imprevedibile e tende a non considerare le conseguenze delle sue azioni. È disubbidiente, disattento e ha problemi di concentrazione. È rigido, impulsivo e non riesce a controllarsi. Si arrabbia facilmente e in maniera sproporzionata all'evento.
Schizoide	È bizzarro nel comportamento e nel pensiero. Ha scarse capacità sociali. Tende ad avere difficoltà a mantenere le amicizie. Parla in maniera vaga e generica, è goffo, schivo, coartato e non empatico. Ha comportamenti rituali.

Questi gruppi di pazienti reali sono molto più complessi e sfaccettati rispetto ai prototipi teorici, anche se in parte i risultati confermano l'impostazione teorica di base. Questo perché il modello teorico che abbiamo costruito è basata sulla letteratura scientifica e quindi è in buona parte anche empiricamente derivato. Le parti più interessanti però si trovano nelle sfumature. Se da una parte viene confermata la continuità omotipica di alcuni disturbi, come quelli ossessivo (Andrews, et al., 1990; Stone, 1993; Parker & Stewart, 1994) e schizoide (Olin et al. 1997; Seivewright, et al., 2002; Lenzenweger & Willet, 2009; Wolff, et al., 1991), così come anche la personalità ad alto funzionamento, emergono delle differenze sia nell'area nevrotica che in quella borderline della personalità.

Nella nostra ipotesi teorica avevamo descritto nell'area nevrotica un Pattern Inibito/Ritirato (Fortunato & Speranza, 2018). Questo perché in adolescenza si trova un fattore SWAP

“Rifiuto dei Pari” (Westen, et al., 2005). Ma dalle analisi del campione emerge un fattore Inibito/Ritirato, coerente con la nostra ipotesi, ma anche uno Inibito/Depressivo che potremmo definire più grave perché caratterizzato da alcuni aspetti di disregolazione emotiva. In effetti, la presenza di questi due fattori e la loro differenziazione li rende più in linea con le due diagnosi Dipendente/Vittimizzato e Ansioso/Evitante dell’asse PA del PDM-2 (Lingiardi & McWilliams, 2017) e con i prototipi SWAP-II degli adulti (Westen, et al., 2012). Sono due versioni diverse dell’inibizione, più specifiche nelle loro componenti e quindi con possibili traiettorie evolutive differenti. Forniscono al clinico la possibilità di descrivere meglio la qualità dell’inibizione e il suo livello di gravità e di compromissione del funzionamento.

Per quanto riguarda il fattore Disforico/Ansioso, viene confermato il dato per cui la personalità depressiva, assente ancora nella nosografia ufficiale, esiste e mostra una continuità diagnostica in fasi diverse dello sviluppo (Rudolph & Klein, 2009). Lo stesso fattore infatti si ritrova nell’adolescenza e nell’età adulta nel modello SWAP (Westen, et al., 2005; Westen, et al., 2012).

Un elemento interessante che troviamo nei fattori Depressivo/Ansioso e Inibito/Depressivo è collegato al neurosviluppo. In letteratura si dibatte molto di come il neurosviluppo impatti lo sviluppo della personalità del bambino. Quello che sappiamo è che in alcuni casi i disturbi del neurosviluppo possono essere considerati secondari a problematiche più importanti, in altri invece le difficoltà del neurosviluppo entrano come componenti disadattive della personalità, impattando sulla costruzione di un disturbo ad essa collegato (per una rassegna: Malberg, et al., 2017). In questi fattori quello che avviene è il secondo caso. Quindi abbiamo due tipologie di bambini che non solo presentano una fragilità sull’apprendimento, il linguaggio e il movimento, ma questa fragilità è parte integrante della personalità. Per gli altri fattori invece, si può solo ipotizzare che le difficoltà di sviluppo siano concause o conseguenze della personalità disadattiva.

L'area nevrotica si tinge quindi di diverse possibilità. Per prima cosa è possibile rintracciare un *continuum* collegato alla gravità di questi fattori, cosa che nel modello teorico non era ipotizzabile (Fortunato & Speranza, 2018). Ma soprattutto si aprono specifiche diverse collegate alla personalità infantile superando il problema tutto teorico di dover definire in maniera netta una personalità. Come anche negli adulti, dove le diagnosi di disturbo dipendente ed evitante sono molto nette e "ideali" e forse proprio per questo si presentano spesso in sovrapposizione, nell'infanzia, così come nell'adolescenza, troviamo sfumature di pazienti reali che permettono di ipotizzare nuove configurazioni di personalità e diverse traiettorie evolutive superando in parte il problema della comorbidità.

L'area borderline invece prende strade diverse dall'ipotesi teorica. Nell'immaginare i Pattern Emergenti di Personalità Infantile, infatti, abbiamo dovuto fare delle scelte che mettessero in luce le differenze di concettualizzazione teorica in maniera netta. Dai dati invece emerge che i due fattori che compongono questa area sono entrambi di natura Borderline ma si differenziano per essere caratterizzati dalla disregolazione o dall'impulsività. Vale a dire che se osserviamo un bambino oppositivo, con gravi difficoltà relazionali, che non riesce a sentirsi contenuto, insomma un bambino dalle caratteristiche Borderline, e possiamo dire che venga maggiormente descritto per la sua disregolazione potremmo immaginare che sarà maggiormente predisposto verso i disturbi di personalità Borderline e Istrionica in età adulta, (Berenbaum, et al., 2003; Cicchetti, et al., 1995; Cole, et al., 1994; 2009; Gross & Muñoz, 1995; Kring & Werner, 2004), mentre nel caso dell'impulsività sarà più probabile che andrà nella direzione di disturbi di area Narcisistica e Antisociale (Bleiberg, 2001; Campbell, 1995; Pettit, et al., 1993; Caye, et al., 2016; Moffitt, 2018; Wertz, et al., 2018; Calkins & Keane, 2009). Le differenti traiettorie probabilmente si giocheranno in adolescenza, quando il corpo pubere e il gruppo dei pari inizieranno la loro azione sullo sviluppo. Questa differenza,

cl clinicamente molto utile, permette di cogliere meglio della distinzione Borderline-Narcisismo le sfumature di personalità nell'infanzia, che ancora non sono così nette come nell'adulto.

Manca invece, coerentemente con i dati sull'adolescenza (Westen, et al., 2005), un fattore collegato alla paranoia. Probabilmente questa mancanza è collegata alla rarità di tale condizione che quindi non ha trovato posto nel nostro esiguo campione, ma che forse troverebbe spazio in un campione più ampio.

Per quanto riguarda le diagnosi cliniche non emerge molto rispetto alla loro frequenza nei fattori. Questo probabilmente è coerente con la possibilità che le condizioni cliniche si presentino con sfumature diverse in base all'assetto di personalità. Emerge però una certa prevalenza di disturbi collegati al comportamento in connessione con le personalità di stampo borderline, dato tra l'altro presente anche in letteratura (Caye, et al., 2016; Wertz, et al., 2018; Stepp, et al., 2005), così come diagnosi più "lievi" collegate a personalità meno compromesse di area nevrotica. Incuriosisce come i bambini appartenenti a un sospetto spettro autistico rientrino in larga parte nella personalità schizoide. Questo dato potrebbe aprire, a futuri sviluppi e riflessioni su come la diagnosi di autismo sia spesso usata come contenitore di molte situazioni differenti e non necessariamente collegate allo spettro autistico (Kulage, et al., 2014). Indagare la personalità infantile può forse aiutare anche a fare chiarezza su questa diagnosi, togliendo dal campo di indagine sull'autismo quelle situazioni a limite che per mancanza di diagnosi di personalità vengono incluse nell'unica categoria diagnostica che al momento può contenerle.

Dall'analisi delle correlazioni emerge una buona validità di costrutto visto e considerato che i fattori hanno una forte correlazione con i DP a cui "corrispondono" nel CPNI. Ricordiamo che il CPNI utilizza le categorie di personalità del DSM. Le differenze colte dalle correlazioni, anche se non forti, aprono la strada al pensiero di come le tipologie di

personalità di derivazione empirica, colgano aspetti che mancano quando si utilizzano le categorie di personalità adulte applicate all'infanzia.

Come ci si aspetta, il fattore Alto funzionamento correla negativamente con tutte le diagnosi di DP, avvalorando ancora di più le sue caratteristiche sane e di accesso alle risorse.

Il fattore Inibito/Ritirato mostra un'alta correlazione con il disturbo evitante, mentre quello Disforico/Ansioso con il disturbo dipendente. Questa differenza rientra nella possibilità di intendere le traiettorie evolutive dei DP. L'Inibito/Ritirato potrebbe tendere quindi verso la personalità evitante, coerentemente con la connessione riconosciuta in letteratura fra il DP evitante con la fobia sociale, che possiamo intendere come un estremo ritiro della relazione coi pari che caratterizza i bambini che rientrano in questo fattore (Boone, et al., 1999; Marteinsdottir, et al., 2003; Rettew, 2000; LaFreniere, 2009).

Il Disforico/Ansioso invece potrebbe tendere alla personalità dipendente, che come abbiamo visto nell'infanzia non è contemplata ma che si poggia comunque nell'eccesso di dipendenza dai genitori, tratto che questi bambini mostrano precocemente. L'ansia e la dipendenza di questo fattore sono la controparte, probabilmente, di uno stile genitoriale che spinge il bambino a non potersi allontanare e che codifica l'indipendenza come un tradimento (Masterson & Rinsley, 1975). Entrambi i fattori (Inibito/Ritirato e Disforico/Ansioso) mostrano una correlazione alta con il DP depressivo, questo potrebbe essere dato dal fatto che la diagnosi di personalità depressiva non ha ancora dei tratti chiari e riconosciuti in letteratura.

Il fattore Inibito/Depressivo non mostra una correlazione alta con nessun DP, questo perché è il fattore inedito dello studio e non corrisponde a nessun DP presente fino ad ora nelle classificazioni nosografiche.

Il fattore Ossessivo mostra una correlazione positiva ma non alta, con il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità. Questo probabilmente è dovuto anche a un problema di numerosità del nostro campione, dove l'ossessività non è molto rappresentata.

Il fattore Borderline/Disregolato mostra un'alta correlazione con il disturbo borderline coerentemente con i dati di letteratura (Berenbaum, et al., 2003; Cicchetti, et al., 1995; Cole, et al., 1994; 2009; Gross & Muñoz, 1995; Kring & Werner, 2004), narcisistico e passivo-aggressivo. Il fattore Borderline/Impulsivo mostra un'alta correlazione con il disturbo borderline, narcisistico e passivo-aggressivo, come il disregolato, ma ha una correlazione alta anche con il DP antisociale, probabilmente perché ha una tendenza nello sviluppo anche verso la personalità antisociale coerentemente con i dati di letteratura (Bleiberg, 2001; Campbell, 1995; Pettit, et al., 1993; Caye, et al., 2016; Moffitt, 2018; Wertz, et al., 2018; Calkins & Keane, 2009). Si può ipotizzare che la presenza di correlazioni simili siano dovute al fatto che entrambi i fattori sono di area borderline e quindi con una parziale sovrapposizione. Inoltre, potrebbero essere frutto anche della numerosità del campione, probabilmente con un campione più elevato i fattori diventeranno più specifici e quindi anche le correlazioni potrebbero modificarsi.

Il fattore Schizoide mostra una correlazione alta con i disturbi schizoide e schizotipico. Il fattore unico di schizoidia mette in luce come nell'infanzia la questione collegata ai disturbi del pensiero, di stampo schizotipico, sia difficilmente rintracciabile e distinguibile dalle caratteristiche naturali del pensiero infantile. Inoltre, le due diagnosi si presentano spesso in comorbidità e in continuità (Squires-Wheeler, et al., 1992; Ellison, et al., 1998).

Anche la validità di criterio risulta adeguata in quanto le correlazioni fra i fattori e le scale sindromiche sono coerenti con le loro componenti cliniche e con i dati di letteratura discussi. In questo caso, le scale sindromiche degli strumenti CPNI e CBCL colgono meglio i collegamenti fra condizioni cliniche e personalità più di quanto non facciano le diagnosi date dai clinici. Questo conferma ancora una volta come spesso la diagnosi nosografica sia frutto di un compromesso a cui il clinico deve giungere.

Il fattore Alto funzionamento anche rispetto alle scale sindromiche, così come con le scale di personalità, correla negativamente con tutte le sindromi cliniche ad eccezione dell'ansia e depressione. Questo perché tutti i bambini del campione, anche se con personalità ad alto funzionamento, sono comunque bambini clinici in trattamento per qualche forma di disadattamento evolutivo. È particolarmente significativa l'alta correlazione negativa fra questo fattore e i problemi totali. Una conferma ulteriore del funzionamento sano.

I fattori Inibito/Ritirato e Disforico/Ansioso mostrano alte correlazioni con l'ansia, la depressione e il ritiro. Queste correlazioni sono in linea con la struttura del fattore e i dati di letteratura (Eggum, et al., 2009; Boone, et al., 1999; Marteinsdottir, et al., 2003; Rettew, 2000; LaFreniere, 2009; Meyer, 2002; Warner, et al., 2004).

Il fattore Inibito/Depressivo mostra alte correlazioni sia con l'ADHD che, coerentemente, con i problemi sociali, attentivi e totali. Questa correlazione è spiegata dal fatto che questo fattore, pur collocandosi ancora in area nevrotica tende verso la disregolazione emotiva di stampo borderline, essendo queste caratteristiche sindromiche tipiche di quei bambini.

Il fattore Ossessivo mostra alte correlazioni solo con l'ansia e la depressione coerentemente col quadro di ossessività che porta a vivere le attività quotidiane e i rapporti come dominati da queste emozioni (Andrews, et al., 1990; Stone, 1993; Parker & Stewart, 1994).

Il fattore Borderline/Disregolato mostra un'alta correlazione con il disturbo oppositivo-provocatorio e l'ADHD e con il comportamento aggressivo e i problemi esternalizzanti coerentemente con quanto è riportato in letteratura (Caye, et al., 2016; Wertz, et al., 2018; Stepp, et al., 2005) e con la descrizione del fattore.

Anche il fattore Borderline/Impulsivo mostra alte correlazioni con il disturbo oppositivo-provocatorio, l'ADHD, i problemi attentivi, la trasgressione delle regole, comportamento aggressivo, problemi esternalizzanti e totali coerentemente con quanto è riportato in

letteratura (Bleiberg, 2001; Campbell, 1995; Pettit, et al., 1993; Caye, et al., 2016; Moffitt, 2018; Wertz, et al., 2018; Calkins & Keane, 2009) e con la descrizione del fattore.

Il fattore Schizoide mostra alte correlazioni con i problemi di sociali, di pensiero e attentivi oltre che con i disturbi totali coerentemente con la descrizione del fattore e con le ricerche che mettono in luce il livello di compromissione di questa tipologia di personalità (Lenzenweger & Willet, 2009).

Limiti e future direzioni

I due principali limiti di questa ricerca sono: la numerosità del campione e l'utilizzo di un unico informatore. Rispetto al primo va sottolineato che questi dati sono assolutamente preliminari e che quindi sarà necessario l'ampliamento del campione per arrivare alla validazione dello strumento.

Sul secondo limite va detto che è stato frutto di una scelta clinica. Utilizzare solo il clinico ci mette nelle condizioni di non interferire col processo valutativo o terapeutico. Ma una volta validato lo strumento potrà essere utilizzato in batteria con altri per una visione più completa del bambino.

Le future direzioni della ricerca sono, oltre all'ampliamento del campione, la possibilità di utilizzare lo strumento nelle valutazioni diagnostiche e la possibilità di studiare, attraverso lo strumento in batteria con altri, l'esito dei trattamenti.

CONCLUSIONI

I dati fin qui presentati sono da intendersi ovviamente come preliminari. Sarà necessario, per giungere alla validazione dello strumento, un campione molto più ampio. La somministrazione è tuttora in corso e attraverso accordi con nuove realtà scientifiche i numeri stanno aumentando. Una certa numerosità è necessaria per giungere all'algoritmo finale, alla distribuzione fissa (gerarchizzazione degli item) e a una classificazione di tipologie di personalità infantile (Fattori-Q) definitiva.

Quello che si può dire fin qui, è che lo strumento ha mostrato una buona validità di costrutto e di criterio e che i Fattori-Q emersi hanno una buona coerenza interna. Questo ci permette di sostenere che lo strumento sia effettivamente utile al suo scopo: studiare la personalità infantile.

Poter avere una prima classificazione di personalità, anche se da verificare alla fine dello studio, contribuisce al dibattito di cui si è parlato nel primo capitolo: si può valutare la personalità e i suoi disturbi nell'infanzia? A quanto pare sì, mettendo in luce, cosa ancora più importante, la continuità e i fattori di rischio. I fattori ci permettono di tracciare traiettorie evolutive, non deterministiche, su cui è possibile intervenire preventivamente. Sarà interessante in futuro, approfondire questo aspetto attraverso studi longitudinali.

Il fatto di poter seguire un *continuum* di compromissione della personalità attraverso i Fattori-Q, poter tracciare una linea evolutiva con i dati presenti sulle età successive, e avere indicatori diagnostici importanti, permette anche di aprire nuove riflessioni sulle diagnosi cliniche. Spesso si discute sulle modalità differenti con cui alcuni quadri clinici si presentano o anche sull'accuratezza di alcune descrizioni sintomatiche. Probabilmente, considerare la personalità permette di riflettere in maniera approfondita sulle diagnosi, potendo meglio distinguere e sostanziare un sintomo comune a due bambini con personalità differente.

Sembra quindi, che anche nel bambino, la procedura Q-Sort sia la più indicata per valutare la personalità, perché si rivolge al clinico e lo mette nella condizione di pensare. Molti partecipanti ci hanno infatti rimandato la “fatica” necessaria alla compilazione, ma anche l’impulso che questa ha dato alla terapia in corso. Uno strumento come questo infatti, obbliga chi lo compila a riflettere su tutte le possibili sfaccettature del funzionamento del paziente, a riflettere su ciò che non si è ancora osservato, dando nuovi spunti di riflessione, e restituisce una visione intera del bambino. Il fatto che lo strumento sia clinicamente utile era uno dei nostri principali scopi. Queste considerazioni aprono anche alla possibilità che lo strumento sia utilizzato per valutare l’efficacia dell’intervento terapeutico e le modificazioni che vi avvengono.

La valutazione da parte del clinico della personalità è il vero punto di forza di questa procedura, anche se metodologicamente ci mette nella condizione di non avere più informatori, cosa che sarebbe sempre auspicabile. In questo modo però, la procedura non interferisce col trattamento, nel rapporto col paziente e con i genitori e questo ci permette di accedere a molti più dati preservando la relazione terapeutica.

BIBLIOGRAFIA

- Abse, D.W. (1974). Hysterical conversion and dissociative syndromes and the hysterical character. *American Handbook of Psychiatry*, 3, 155-195.
- Achenbach, T.M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Beverly Hills: Sage.
- Agrawal, H.R., Gunderson, J., Holmes, B.M., Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94-104.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV-R*, Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- Anders, T.F. (1989). Clinical syndromes: Relationship disturbance and their assessment. In A.J. Sameroff, R.N. Emde (eds.), *Relationship disturbances in early childhood: a developmental approach*. New York: Basic Books.
- Andrews, G., Stewart, G., Morris-Yates, A., Holt, P., Henderson, S. (1990). Evidence for a general neurotic syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 157(1), 6-12.
- Angold, A., Costello, E.J., Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(1), 57-87.
- Asendorpf, J.B. (1992). A Brunswikean approach to trait continuity: application to shyness. *Journal of Personality*, 60(1), 53-77.
- Asendorpf, J.B., Denissen, J.J.A., van Aken, M.A.G. (2008). Inhibited and aggressive preschool children at 23 years of age: Personality and social transitions into adulthood. *Developmental Psychology*, 44(4), 997-1011.
- Barbaranelli, C., Caprara, G.V., Rabasca, A., Pastorelli, C. (2003). A questionnaire for measuring the Big Five in late childhood. *Personality and Individual Differences*, 34, 654-664.
- Bardenstein, K.K. (2009). The cracked mirror: Features of narcissistic personality disorder in children. *Psychiatric Annals*, 39(3), 147.
- Barry, C.T., Frick, P.J., Killian, A.L. (2003). The relation of narcissism and self-esteem to conduct problems in children: A preliminary investigation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(1), 139-152.

- Bartlett, M. S. (1950). Test of significance in factor analysis. *British Journal of Statistical Psychology*, 3, 77–85.
- Baumeister, R.F., Vohs, K.D. (2001). Narcissism as addiction to esteem. *Psychological Inquiry*, 12(4), 206-210.
- Beeghly, M., Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and psychopathology*, 6(1), 5-30.
- Belsky, D.W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., Houts, R., Moffitt, T.E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and Psychopathology*, 24, 251–265.
- Bemporad, J.R., Smith, H.F., Hanson, G., Cicchetti, O. (1982). Borderline syndromes in childhood: Criteria for diagnosis. *American Journal of Psychiatric*, 139, 596-602.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H.N., Vernon, L.L., Gomez, J.J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 206-226.
- Bergman, L.R., Andershed, H., Andershed, A.K. (2009). Types and continua in developmental psychopathology: Problem behaviors in school and their relationship to later antisocial behavior. *Development and Psychopathology*, 21(3), 975-992.
- Berman, M.E., Fallon, A.E., Coccaro, E.F. (1998). The relationship between personality psychopathology and aggressive behavior in research volunteers. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 651-658.
- Bernstein, D., Cohen, P., Velez, N., Schwab-stone, M., Siever, L., Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III personality disorder in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1237-1243.
- Bernstein, D.P., Arntz, A., Travaglini, L. (2009). Schizoid and avoidant personality disorders. In PH Blaney and T Millon (eds.), *Oxford textbook of psychopathology* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Blatt, S.J., Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and psychopathology*, 21(3), 793-814.
- Bleiberg, E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescents. A relational approach*. New York: Guilford Press.

- Block, J. (1961). *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.
- Block, J. (1978). *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Boone, M.L., McNeil, D.W., Masia, C.L., Turk, C.L., Carter, L.E., Ries, B.J., Lewin, M.R. (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(3), 271-292.
- Bradley, R., Zittel Conklin, C., Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1006–1019.
- Bushman, B.J., Baumeister, R.F., Thomaes, S., Ryu, E., Begeer, S., West, S.G. (2009). Looking again, and harder, for a link between low self-esteem and aggression. *Journal of Personality*, 77(2), 427-446.
- Calkins, S.D., Fox, N.A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology*, 14(3), 477-498.
- Calkins, S.D., Keane, S.P. (2009). Developmental origins of early antisocial behavior. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1095-1109.
- Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(1), 113-149.
- Campbell, W.K., Rudich, E.A., Sedikides, C. (2002). Narcissism, self-esteem, and the positivity of self-views: Two portraits of self-love. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(3), 358-368.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (1993). The Big Five Questionnaire: a new questionnaire for the measurement of the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15, 281–288.
- Carlson, E.A., Egeland, B., Sroufe, L.A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1311-1334.
- Caspi, A. (1998). Personality development across the life course. In W.E. Damon, *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed). New York: Wiley.

- Caspi, A. (2000). The child is father of the man: Personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 158-172.
- Caspi, A., Harrington, H., Milne, B., Amell, J.W., Theodore, R.F., Moffitt, T.E. (2003). Children's behavioral styles at age 3 are linked to their adult personality traits at age 26. *Journal of Personality*, 71(4), 495-513.
- Caspi, A., Roberts, F., Shiner, R. (2005). Personality development: stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484.
- Caye, A., Swanson, J., Thapar, A., Sibley, M., Arseneault, L., Hechtman, L., Arnold, L.E., Niclasen, J., Moffitt, T.E., Rohde, L.A. (2016). Life Span Studies of ADHD—Conceptual Challenges and Predictors of Persistence and Outcome. *Current Psychiatry Report*, 18, 111.
- Chanen, A.M., Jovey, M., McGorry, P.D. (2008). Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 4(1), 48–57.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology, *Child Development*, 55, 1-7.
- Cicchetti, D., Ackerman, B.P., Izard, C.E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7(1), 1-10.
- Cicchetti, D.E., Cohen, D.J. (1995). *Developmental psychopathology, Vol. 1: Theory and methods*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Cicchetti, D., Crick, N.R. (2009). Precursors and Diverse Pathways to Personality Disorder in Children and Adolescents. *Development and Psychopathology*, 21(4), 683-685.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597-600.
- Cicchetti, D., Toth, S. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541-565.
- Clark, L.A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257.
- Coan, R.W., Cattell, R.B. (1966). *Early School Personality Questionnaire*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., Streuning, E.L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and

- adolescence. Age and gender, specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 851-867.
- Coolidge, F.L., Thede, L.L., Stewart, S.E., Segal, D.L. (2002). The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (CPNI). Preliminary Psychometric Characteristics. *Behavior modification*, 26(4), 550-566.
- Cole, P.M., Llera, S.J., Pemberton, C.K. (2009). Emotional instability, poor emotional awareness, and the development of borderline personality. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1293-1310.
- Cole, P.M., Michel, M.K., Teti, L.O.D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73-102.
- Costello, E.J., Angold, A. (1995). Developmental epidemiology. In D Chicchetti and D Choen (ed.), *Developmental psychopathology: Volume 1. Theory and methods*. New York: Wiley.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Crawford, T.N., Cohen, P.R., Chen, H., Anglin, D.M., Ehrensaft, M. (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1013-1030.
- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., Linehan, M.M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510.
- Dazzi, N., Lingardi, V., Gazzillo, F. (2009). La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- De Clercq, B., De Fruyt, F. (2012). A five factor model framework for understanding childhood personality disorder antecedents. *Journal of Personality*, 80(6), 1533-1563.
- De Clercq, B., Van Leeuwen, K., Van Den Noortgate, W., De Bolle, M., De Fruyt, F. (2009). Childhood personality pathology: Dimensional stability and change. *Development and Psychopathology*, 21(3), 853-869.
- De Clercq, B., Verbeke, L., De Caluwé, E., Vercruyss, E.T., Hofmans, J. (2017). Understanding adolescent personality pathology from growth trajectories of childhood oddity. *Development and Psychopathology*, 29, 1403-1411.

- De Fruyt, F., Mervielde, I., Hoekstra, H., and Rolland, J. (2000). Assessing adolescents' personality with the NEO PI-R. *Assessment*, 7, 329–345.
- Deater-Deckard, K. (2001). Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 565-579.
- Diaferia, G., Bianchi, I., Bianchi, M.L., Cavedini, P., Erzegovesi, S., Bellodi, L. (1997). Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 38(1), 38-42.
- Dishion, T.J., Piehler, T.F. (2007). Peer dynamics in the development and change of child and adolescent problem behavior. In AS Masten (ed.), *Multilevel dynamics in developmental psychopathology: Pathways to the future. Minnesota symposia on child psychology*. New York: Taylor & Francis/Lawrence Erlbaum.
- Dodge, K.A., Pettit, G.S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39(2), 349-371.
- Dweck, C.S. (2008). Can personality be changed? The role of beliefs in personality and change. *Current Directions in Psychological Science*, 17(6), 391–394.
- Edmonds, G.W., Goldberg, L.R., Hampson, S.E., Barckley, M. (2013). Personality stability from childhood to midlife: relating teachers' assessments in elementary school to observer and self-relating 40 years later. *Journal of Research in Personality*, 47(5), 505-513.
- Eggum, N.D., Eisenberg, N., Spinrad, T.L., Valiente, C., Edwards, A., Kupfer, A.S., Reiser, M. (2009). Predictors of withdrawal: Possible precursors of avoidant personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(3), 815-838.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Bernzweig, J., Karbon, M., Poulin, R., Hanish, L. (1993). The relations of emotionality and regulation to preschoolers' social skills and sociometric status. *Child Development*, 64(5), 1418-1438.
- Ekstein, R., Wallerstein, J. (1954). Observation on the psychology of borderline and psychotic children. *Psychoanalytic Study of the Child*, 9, 344-372.
- Elliot, A.J., Thrash, T.M. (2001). Achievement goals and the hierarchical model of achievement motivation. *Educational Psychology Review*, 13(2), 139-156.
- Ellison, Z., Van Os, J., Murray, R. (1998). Special feature: childhood personality characteristics of schizophrenia: manifestations of, or risk factors for, the disorder?. *Journal of Personality Disorders*, 12(3), 247-261.

- Esterberg, M.L., Goulding, S.M., Walker, E.F. (2010). Cluster A personality disorders: Schizotypal, schizoid, and paranoid personality disorders in childhood and adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(4), 681-701.
- Eysenck, S.B.G. (1965). *Manual of the junior Eysenck personality inventory*. London: University of London Press.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002). The roots of borderline personality disorder in disorganized attachment. In P. Fonagy, G. Gergely, E.L. Jurist, and M. Target (eds.), *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fortunato, A., Speranza, A.M. (2018). Personality traits and disorders in childhood: clinical evaluation and diagnosis. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(4), 222-235.
- Fraley, R.C., Roberts, B.W. (2005). Patterns of continuity: a dynamic model for conceptualizing the stability of individual differences in psychological constructs across the life course. *Psychological Review*, 112(1), 60-74.
- Frick, P.J., Dickens, C. (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Current Psychiatry Reports*, 8(1), 59-72.
- Frick, P.J., Ray, J.V., Thornton, L.C., Kahn, R.E. (2014), "Annual Research Review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 6: 532-548.
- Frick, P.J., Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1111-1131.
- Frick, P.J., White, S.F. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 359-375.
- Geiger, T.C., Crick, N.R. (2010). Developmental pathways to personality disorders. In RE Ingram and JM Price (eds.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*. New York: Guilford Press.

- Golombek, H., Marton, P., Stein, B., Korenblum, M. (1986). Personality dysfunction and behavioral disturbance in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(5), 697-703.
- Gratz, K.L., Tull, M.T., Reynolds, E.K., Bagge, C.L., Latzman, R.D., Daughters, S.B., Lejuez, C.W. (2009). Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: The roles of affective dysfunction, disinhibition, and self-and emotion-regulation deficits. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1263-1291.
- Greenspan, S.I., Wieder, S. (2000). A developmental approach to difficulties in relating and communicating in autism spectrum disorders and related syndromes. *Autism spectrum disorders: A transactional developmental perspective*, 9, 279-303.
- Gross, J.J., Muñoz, R.F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.
- Gunderson, J.G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1637-1640.
- Gunderson, J.G., Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22-41.
- Guntrip, H. J. S. (1952). *Schizoid Phenomena, Object relations and The Self*.
- Herman, J., Russell, D., Trocki, K. (1986). Long-term effects of incestuous abuse in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 143(10), 1293-1296.
- Hubbard, J.A. (2001). Emotion expression processes in children's peer interaction: The role of peer rejection, aggression, and gender. *Child Development*, 72(5), 1426-1438.
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G., Karterud, S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 348-356.
- John, O.P., Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: history, measurement, and theoretical perspectives. In L.A. Pervin and O.P. John (ed.), *Handbook of Personality*. New York: Guilford Press.
- Kagan, J. (1969). The three faces of continuity in human development. In D.A. Goslin, *Handbook of socialization theory and research*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Kagan, J., Zentener, M. (1996). Early childhood predictors of adult psychopathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 3(6), 341-350.
- Karen, M., Koster, T., Dollberg, D., Danino, K., Feldman, R. (2010). Family function and interactive patterns in the context of infant psychopathology. *Journal of Family Psychology*, 24(5), 597-604.
- Kasen, S., Cohen, P. (2009). What we can and cannot say about long-term longitudinal studies of childhood disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(3), 165-166.
- Kasen, S., Cohen, P., Chen, H., Johnson, J.G., Crawford, T.N. (2009). School climate and continuity of adolescent personality disorder symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1504-1512.
- Keane, S., Calkins, S.D. (2004). Predicting kindergarten peer social status from toddler and preschool problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 409-423.
- Kendler, K.S., Walsh, D. (1995). Schizotypal personality disorder in parents and the risk for schizophrenia in siblings. *Schizophrenia Bulletin*, 21(1), 47-52.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O.F. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Aronson.
- Kernberg, O.F. (1978). The diagnosis of borderline conditions in adolescence. In S. Feinstein and P. Giovacchini (eds.), *Adolescent Psychiatry, Volume 6*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies*. New Haven CT: Yale Universities Press.
- Kernberg, O.F. (2005). Object Relations. Theories and Technique. In ES Person, AM Cooper, GO Gabbard (eds.), *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*. Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- Kernberg, P. (1983). Update of borderline disorders in children. *Occupational Therapy in Mental Health*, 3(3), 83-91.
- Kernberg, P.F., Chazan, S.E., Normandin, L. (1998). The children's play therapy instrument (CPTI): description, development, and reliability studies. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(3), 196.
- Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. New York: Basic Book.

- Kochanska, G. (1995). Children's temperament, mothers' discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalization. *Child Development*, 66(3), 597-615.
- Kohnstamm, G.A., Halverson Jr C.F., Mervielde, I., Havill, V.L. (eds.) (1998). *Parental descriptions of child personality: Developmental antecedents of the Big Five?*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Kohnstamm, G.A., Mervielde, I., Besevegis, E., Halverson, C.F. (1995). Tracing the Big Five in parents' free descriptions of their children. *European Journal of Personality*, 9(4), 283-304.
- Komsi, N., Raikkonen, K., Pesonen, A.K., Heinonen, K., Keskivaara, P., Jarvenpaa, A.L., Strandberg, T.E. (2006). Continuity of temperament from infancy to middle childhood. *Infant Behavior Development*, 29(4): 494-508.
- Kring, A.M., Werner, K.H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In P. Philippot and R.S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 359-385). Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Kulage, K.M., Smaldone, A.M., Cohn, E.G. (2014). How Will DSM-5 Affect Autism Diagnosis? A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 44(8), 1918-1932.
- LaFreniere, P. (2009). A functionalist perspective on social anxiety and avoidant personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1065-1082.
- Lahey, B.B., Moffitt, T.E., Caspi, A. (eds.) (2003). *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency*. New York: Guilford Press.
- Lahey, B.B., Zald, D.H., Hakes, J.K., Krueger, R.F., Rathouz, P.J. (2014). Patterns of heterotypic continuity associated with the cross-sectional correlational structure of prevalent mental disorders in adults. *JAMA Psychiatry*, 71(9), 989-996.
- Lenzenweger, M.F., Cicchetti, D. (2005). Toward a developmental psychopathology approach to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 893-898.
- Lenzenweger, M.F., Willett, J.B. (2009). Does change in temperament predict change in schizoid personality disorder? A methodological framework and illustration from the Longitudinal Study of Personality Disorders. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1211-1231.
- Levy, K.N., Becker, D.F., Grilo, C.M., Mattanah, J.J., Garnet, K.E., Quinlan, D.M., Edell, W.S., McGlashan, T.H. (1999). Concurrent and predictive validity of the personality

- disorder diagnosis in adolescent inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1522-1528.
- Lingiardi, V. (2004). *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*. Milano: Il Saggiatore.
- Lingiardi, V. (2009). Dalla diagnosi alla formulazione del caso. In Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. (a cura di), *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual. Second Edition (PDM-2)*. New York: Guilford Press.
- Lucarelli, L., Piperno, F., Balbo, M. (2008). *Metodi e strumenti di valutazione in psicopatologia dello sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ludolph, P., Westen, D., Miske, B., Jackson, A., Wixom, J., Wiss, F. (1990). The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. *American Journal of Psychiatry*, 147, 470-476.
- Macfie, J., Cicchetti, D., Toth, S.L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13(2), 233-254.
- Maćkiewicz, M., Ciecuch, J. (2016). Pictorial Personality Traits Questionnaire for Children (PPTQ-C) - A New Measure of Children's Personality Traits. *Frontiers in Psychology*, 7, 498.
- Mahler, M. (1968). *Le psicosi infantili*. Torino: Tr. it. Bollati Boringhieri 1972.
- Mahler, M. (1971). A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424.
- Mahler, M., Kaplan, L. (1977). Developmental aspects in the assessment of narcissistic and so-called borderline personalities. In P. Hartocollis (Ed.), *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient*. New York: International Universities Press.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- Malberg, N., Rosenberg, L., Malone, J.C. (2017). Stili emergenti di personalità e difficoltà nell'infanzia – Asse PC. In V. Lingiardi e N. McWilliams (a cura di), *Manuale*

- Diagnostico Psicodinamico, seconda edizione (PDM-2)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Marteinsdottir, I., Tillfors, M., Furmark, T., Anderberg, U.M., Ekselius, L. (2003). Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(1), 29-35.
- Masterson, J.F., Rinsley, D.B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *The International Journal of Psycho-analysis*, 56, 163-177.
- McAdams, D.P., Olson, B.D. (2010). Personality Development: continuity and change over the life course. *Annual Review of Psychology*, 61, 517-542.
- Mc Crae, R., Costa, P.T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- McFadyen-Ketchum, S.A., Bates, J.E., Dodge, K.A., Pettit, G.S. (1996). Patterns of change in early childhood aggressive-disruptive behavior: Gender differences in predictions from early coercive and affectionate mother-child interactions. *Child Development*, 67(5), 2417-2433.
- Meyer, B. (2002). Personality and mood correlates of avoidant personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 174-188.
- Mervielde, I., and De Fruyt, F. (1999). Construction of the Hierarchical Personality Inventory for Children (HiPIC). In *Personality Psychology in Europe. Proceedings of the Eight European Conference on Personality Psychology*, eds I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt, and F. Ostendorf (Tilburg: Tilburg University Press), 107–127.
- Moffitt, T.E. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: a 10-year research review and a research agenda. In B.B. Lahey, T.E. Moffitt, A. Caspi (eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency*. New York: Guilford Press.
- Moffitt, T.E. (2018). Male antisocial behaviour in adolescence and beyond. *Nature Human Behaviour*, 1.
- Morf, C.C., Rhodewalt, F. (2001). Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological Inquiry*, 12(4), 177-196.
- Morgan, T.A., Clark, L.A. (2010). Passive-Submissive and Active-Emotional Trait Dependency: Evidence for a Two-Factor Model. *Journal of Personality*, 78(4), 1325-1352.

- Natsuaki, M.N., Cicchetti, D., Rogosch, F.A. (2009). Examining the developmental history of child maltreatment, peer relations, and externalizing problems among adolescents with symptoms of paranoid personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1181-1193.
- Oldehinkel, A.J., Hartman, C.A., De Winter, A.F., Veenstra, R., Ormel, J. (2004). Temperament profiles associated with internalizing and externalizing problems in preadolescence. *Development and Psychopathology*, 16(2), 421-440.
- Olin, S.C.S., Raine, A., Cannon, T.D., Parnas, J., Schulsinger, F., Mednick, S.A. (1997). Childhood behavior precursors of schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 23(1), 93-103.
- Olson, S.L., Sameroff, A.J. (2009). *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Parker, Z., Stewart, E. (1994). School consultation and the management of obsessive-compulsive personality in the classroom. *Adolescence*, 29(115), 563-574.
- Paulhus, D.L. (2001). Normal narcissism: Two minimalist accounts. *Psychological Inquiry*, 12(4), 228-230.
- PDM Task Force. (2006). *Psychoanalytic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Perry, B.D., Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 33-51.
- Pettit, G.S., Bates, J.E., Dodge, K.A. (1993). Family interaction patterns and children's conduct problems at home and school: A longitudinal perspective. *School Psychology Review*, 22(3), 403-420.
- Putnam, S.P., Rothbart, M.K., Gartsteinc, M.A. (2008). Homotypic and heterotypic continuity of fine-grained temperament during infancy, toddlerhood, and early childhood. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 17(4), 387-405.
- Putnam, K.M., Silk, K.R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 899-925.
- Rettew, D.C. (2000). Avoidant personality disorder generalized social phobia, and shyness: Putting the personality back into personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(6), 283-297.

- Roberts, B.W., Del Vecchio, W.F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126(1), 3-25.
- Rothbart, M., Bates, J. (2006). *Handbook of child psychology: Vol 3, Social, emotional, and personality development. 6th*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc. Temperament; pp. 99–166.
- Rothbart, M.K., Ahadi, S.A., Hershey, K.L. (1994). Temperament and social behavior in childhood. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 40(1), 21-39.
- Ruchkin, V., Schwab-Stone, M. (2003). What can we learn from developmental studies of psychiatric disorders? *Lancet*, 362(9400), 1951-1952.
- Ruegg, R., Frances, A. (1995). New research in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 9(1), 1-48.
- Rubin, K.H., Bukowski, W.M., Parker, J.G. (1998). *Handbook of child psychology: Vol 3, Social, emotional, and personality development. 6th*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; Peer interactions, relationships, and groups; pp. 141–180.
- Rudolph, K.D., Klein, D.N. (2009). Exploring depressive personality traits in youth: Origins, correlates, and developmental consequences. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1155-1180.
- Rutter, M. (1987). Temperament, personality, and personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 150, 443-458.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 276-295.
- Sander, L. (1987). Awareness of inner experience: a systems perspective on self-regulatory process in early development. *Child Abuse & Neglect*, 11, 339-346.
- Sander, L. (1975). Infant and caretaking environment: Investigation and conceptualization of adaptive behavior in a system of increasing complexity. In E. Anthony (ed.), *Explorations in child psychiatry*. New York: Plenum Press.
- Sameroff, A.J., Emde, R.N. (eds.) (1989). *Relationship disturbances in early childhood: a developmental approach*. New York: Basic Books

- Sameroff, A.J., McDonough, S.C., Rosenblum, K.L. (2004). Il trattamento clinico della relazione genitore-bambino. Bologna: Il Mulino. 2006.
- Sharp, C., Tackett, J.L. (eds.) (2014). *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York: Springer.
- Schaefer, C., Millman, H.L. (1994). *How to help children with common problems*. Northvale NJ: Jason Aronson Inc.
- Seivewright, H., Tyrer, P., Johnson, T. (2002). Change in personality status in neurotic disorders. *The Lancet*, 359(9325), 2253-2254.
- Shapiro, T. (1990). Debate forum-Resolved: Borderline personality disorder exists in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 478-483.
- Shedler, J., Westen, D., Lingiardi, V. (2014). *La valutazione della personalità con la Swap-200*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Shiner, L.R. (1998). How shall we speak of children's personalities in middle childhood? A preliminary taxonomy. *Psychological Bulletin*, 124(3), 308-332.
- Shiner, R.L. (2009). The development of personality disorders: Perspectives from normal personality development in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 21(3), 715-734.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford Press.
- Siever, L.J., Davis, K.L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1647-1658.
- Slade, A. (2010). *Relazione genitoriale e funzione riflessiva. Teoria, clinica e intervento sociale*. Roma: Astrolabio.
- Speranza, A. M., Fortunato, A. (2012). Infancy, Childhood and Adolescence in the Diagnostics of the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM). *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*, 58(265).
- Speranza, A. M., Mayes, L. (2017). Classificazione della salute mentale e dei disturbi dello sviluppo nella prima infanzia – Asse IEC 0-3. In V. Lingiardi e N. McWilliams (a cura di), *Manuale Diagnostico Psicodinamico, seconda edizione (PDM-2)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Speranza, A.M., Williams, R., (2009). Fare diagnosi nell'infanzia e nell'adolescenza. In Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Sperling, M. (1973). Conversion hysteria and conversion symptoms: A revision of classification and concepts. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21(4), 745-771.
- Squires-Wheeler, E., Friedman, D., Erlenmeyer-Kimling, L. (1992). P300 amplitude decrements and global personality functional deficits. *Schizophrenia Research*, 6(2), 131.
- Squires-Wheeler, E., Skodol, A.E., Bassett, A., Erlenmeyer-Kimling, L. (1989). DSM-III-R schizotypal personality traits in offspring of schizophrenic disorder, affective disorder, and normal control parents. *Journal of Psychiatric Research*, 23(3), 229-239.
- Sroufe, L.A. (1997). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stepp, S.D., Burke, J.D., Hipwell, A.E., Loeber, R. (2012). Trajectories of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms as precursors of borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 40(1), 7-20.
- Streiner, D.L. (2003). Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*, 80, 217-222.
- Stone, M.H. (1993). Long-term outcome in personality disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 162(3), 299-313.
- Svrakic, D.M., Whitehead, C., Przybeck, T.R., Cloninger, C.R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 991-999.
- Tackett, J.L. (2010). Measurement and assessment of child and adolescent personality pathology: Introduction to the special issue. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 32(4), 463-466.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics, 5th*. Needham Height, MA: Allyn & Bacon.
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool. (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: The process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1504-1512.

- Thomaes, S., Bushman, B.J., De Castro, B.O., Stegge, H. (2009). What makes narcissists bloom? A framework for research on the etiology and development of narcissism. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1233-1247.
- Thomaes, S., Bushman, B.J., Stegge, H., Olthof, T. (2008). Trumping shame by blasts of noise: narcissism, self-esteem, shame, and aggression in young adolescents. *Child Development*, 79(6), 1792-1801.
- Trickett, J.L., Slobodskaya, H.R., Mar, R.A., Deal, J., Halverson, C.F., Baker, S.R., Pavlopoulos, V., Besevegis, E. (2012). The hierarchical structure of childhood personality in five countries: continuity from early childhood to early adolescence. *Journal of Personality*, 80(4), 847-879.
- Tragesser, S.L., Solhan, M., Schwartz-Mette, R., Trull, T.J. (2007). The role of affective instability and impulsivity in predicting future BPD features. *Journal of Personality Disorders*, 21(6), 603-614.
- Vygotskij, L. (1978). *Mind in society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Warner, M.B., Morey, L.C., Finch, J.F., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Sanislow, C.A., Shea, M.T., McGlashan, T.H., Grilo, C.M. (2004). The longitudinal relationship of personality traits and disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 217-227.
- Wertz, J., Agnew-Blais, J., Caspi, A., Danese, A., Fisher, H.L., Goldman-Mellor, S., Moffitt, T.E., Arseneault, L. (2018). From childhood conduct problems to poor functioning at age 18 years: Examining explanations in a longitudinal cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(1), 54-60.
- Westen, D., Dutra, L., Shedler, J. (2005). Assessing adolescent personality pathology. *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), 227-238.
- 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: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285.
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B., DeFife, J.A. (2012). An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: Bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry*, 169(3), 273-284.

- Westen, D., Shedler, J., Lingardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Widiger, T.A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 340-343.
- Widiger, T.A., Costa, P.T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 78-91.
- Widiger, T.A., De Clercq, B., De Fruyt, F. (2009). Childhood antecedents of personality disorder: An alternative perspective. *Development and Psychopathology*, 21(3), 771-791.
- Willoughby, M., Kupersmidt, J., Bryant, D. (2001). Overt and covert dimensions of antisocial behavior in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(3), 177-187.
- Wolff, S., Townshend, R., McGuire, R.J., Weeks, D.J. (1991). Schizoid personality in childhood and adult life. II: Adult adjustment and the continuity with schizotypal personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 159(5), 620-629.
- World Health Organization. (1992). International Classification of Diseases, Tenth Revision, ICD-10. Genève: WHO, trad. It. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Milano: Masson, 1994.
- Wyman, P.A., Cowen, E.L., Work, W.C., Hoyt-Meyers, L., Magnus, K.B., Fagen, D.B. (1999). Caregiving and developmental factors differentiating young at-risk urban children showing resilient versus stress-affected outcomes: A replication and extension. *Child Development*, 70(3), 645-659.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Silk, K.R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274-283.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Silk, K.R., Hudson, J.I., McSweeney, L.B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929-935.
- Zero to Three. (1994). Diagnostic classification: 0-3: diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. *National Center for Clinical Infant Programs, Arlington, VA*.
- Zero to Three. (2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC: 0-3R). *Zero To Three Press, Washington, DC*.

Zero to Three. (2016). Diagnostic classification of mental health and development disorders of infancy and early childhood (DC:0-5). *Zero To Three Press, Washington, DC.*

Appendice 1: IL QUESTIONARIO ANAMNESTICO

INFORMAZIONI SUL CLINICO

1. Clinico (specificare iniziali nome e cognome): _____

2. Psicologo Psicoterapeuta Neuropsichiatra

3. Sesso: M F

4. Anni di esperienza: _____

5. Approccio terapeutico utilizzato:

▪ Psicodinamico

▪ Cognitivo-Comportamentale

▪ Sistemico-Relazionale

▪ Integrato

▪ Altro

(specificare): _____

6. Setting:

▪ Studio privato

▪ Servizi territoriali pubblici (ASL, Consultori, ecc.)

▪ Ospedale con pazienti in Day Hospital

▪ Struttura residenziale

▪ Forense

▪ Altro

(specificare): _____

INFORMAZIONI SUL BAMBINO

1. Paziente (specificare iniziali nome cognome): _____

2. Sesso: M F

3. Età: _____

4. Il bambino ha una diagnosi nosografica: Sì No

4a. Se sì, quale: _____

4b. Con quale sistema di classificazione è stata diagnosticata?:

DSM-5 CD: 0-3R PDM ICD-10

Altro (specificare): _____

4c. Da quanto tempo ha questa diagnosi? (indicare in anni o mesi): _____

4d. Eventuale altra diagnosi: Sì No

4e. Se sì, quale: _____

4f. Con quale sistema di classificazione è stata diagnosticata?:

DSM-5 CD: 0-3R PDM ICD-10

Altro (specificare): _____

4g. Se non ha una diagnosi nosografica che diagnosi ha fatto al bambino? Qual è il motivo del trattamento? _____

5. La valutazione è stata effettuata durante: Primi colloqui Trattamento Perizia

5a. La valutazione ha incluso:

Osservazione del bambino Osservazione dell'interazione genitore-bambino

Sedute di gioco Colloqui con i genitori

Somministrazione di test Se sì quali? _____

6. Se è in trattamento con lei, da quanto tempo (specificare mesi o anni): _____

7. Il bambino ha avuto altri trattamenti?: Altra psicoterapia Logopedia

Riabilitazione Farmacologico

8. Il bambino ha subito esperienze traumatiche?: Sì Incerto No

8a. Se sì, di che tipo: _____

8b. A che età? _____

9. Il bambino è stato allontanato dai genitori?: Sì No

Se Sì per quanto tempo? _____

10. Il bambino è stato istituzionalizzato? Sì No

11. Il bambino è stato affidato ai Servizi Sociali o a un'altra famiglia? Sì No

INFORMAZIONI SUI GENITORI

Età dei genitori: Madre: _____ Padre: _____

1. I genitori sono: Sposati/Conviventi Separati/Divorziati

2. La madre ha ricevuto una diagnosi? Sì No

2a. Se sì, quale? _____

3. Il padre ha ricevuto una diagnosi? Sì No

3a. Se sì, quale? _____

4. Ci sono fratelli? Sì No

4a. Se sì, quanti? _____

4b. Ordine di genitura _____

NOTE AGGIUNTIVE

Utilizzi questo spazio al fine di aggiungere qualsiasi informazione che ritiene possa essere rilevante riguardo al bambino della valutazione:

Appendice 2: LO STRUMENTO Q-SORT

Q-SORT DI VALUTAZIONE DELLA PERSONALITÀ INFANTILE (Fortunato, Speranza, Tanzilli, Lingiardi, 2018)

ITEM		PUNTEGGI							
1	Tende a sentirsi a proprio agio in situazioni sociali	0	1	2	3	4	5	6	7
2	Tende ad essere molto sensibile alle critiche a scuola	0	1	2	3	4	5	6	7
3	Tende a sviluppare sintomi somatici in risposta a stress o conflitti (per es. mal di testa, mal di schiena, dolori addominali, asma, enuresi, encopresi, ecc.)	0	1	2	3	4	5	6	7
4	Tende ad apprezzare e rispondere allo humor	0	1	2	3	4	5	6	7
5	Tende ad essere creativo/a	0	1	2	3	4	5	6	7
6	Tende a comportarsi in modo iper-responsabile in sintonia con l'atteggiamento ipercritico, perfezionista o trascurante dei genitori	0	1	2	3	4	5	6	7
7	Tende ad avere una gamma di affetti molto ridotta	0	1	2	3	4	5	6	7
8	Tende a non avere relazioni intime né amici stretti	0	1	2	3	4	5	6	7
9	Tende a non riuscire a mantenere l'attenzione o a distrarsi facilmente; ha problemi di concentrazione	0	1	2	3	4	5	6	7
10	Tende a esprimere la propria aggressività in modi passivi e indiretti (per es. tenere il broncio)	0	1	2	3	4	5	6	7
11	Tende ad avere reazioni eccessive agli stimoli (percettivi e/o sensoriali)	0	1	2	3	4	5	6	7
12	Tende ad utilizzare pensiero magico, fantasie e idee bizzarri (non appropriati all'età)	0	1	2	3	4	5	6	7
13	Tende ad avere momenti di panico che durano da pochi minuti ad alcune ore, accompagnati da forti risposte fisiche (per es. accelerazione del battito cardiaco, fiato corto, senso di soffocamento, nausea e vertigine)	0	1	2	3	4	5	6	7
14	Tende a fare qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli	0	1	2	3	4	5	6	7
15	Tende ad essere timido/a e la timidezza aumenta nel tempo	0	1	2	3	4	5	6	7
16	Tende ad accumulare cose di cui non ha bisogno, non vuole buttare via niente anche quando sono oggetti consumati, di nessun valore e che non hanno alcun significato	0	1	2	3	4	5	6	7
17	Tende a negare o a disconoscere i propri bisogni di cure, conforto, intimità	0	1	2	3	4	5	6	7
18	Tende ad imbarazzarsi per gli scambi emozionali, non apprezza le smancerie, la vicinanza e l'intimità (per es. gli abbracci e i baci)	0	1	2	3	4	5	6	7
19	Tende a cadere in spirali senza controllo che conducono a estrema ansia, tristezza, rabbia, eccitazione ecc.	0	1	2	3	4	5	6	7
20	Tende ad essere capace di fronteggiare lo stress o le situazioni stressanti e conflittuali con sentimenti appropriati (per qualità e intensità alla situazione che sta vivendo)	0	1	2	3	4	5	6	7
21	Tende a essere eccessivamente bisognoso/a o dipendente; (per es. richiede rassicurazioni o approvazioni eccessive, è "appiccicoso/a" con amici e genitori)	0	1	2	3	4	5	6	7
22	Tende ad essere passivo/a e poco assertivo	0	1	2	3	4	5	6	7
23	Tende a usare i propri problemi medici o psicologici per non andare a scuola o per non assumersi responsabilità (sia in modo esplicito che implicito)	0	1	2	3	4	5	6	7
24	Tende ad essere ansioso/a	0	1	2	3	4	5	6	7
25	Tende a essere indeciso/a o a tentennare di fronte alle scelte	0	1	2	3	4	5	6	7
26	Tende a sentirsi vuoto/a	0	1	2	3	4	5	6	7
27	Tende ad avere bisogno degli altri e allo stesso tempo li respinge (per es. chiede insistentemente che qualcuno si occupi di lui/lei ma poi tende a rifiutare l'aiuto offerto)	0	1	2	3	4	5	6	7

28	Tende ad avere dei rituali collegati alla minzione, alla defecazione, al momento di andare a letto o al mangiare	0	1	2	3	4	5	6	7
29	Tende ad allontanarsi facilmente	0	1	2	3	4	5	6	7
30	Tende a provare poco piacere, soddisfazione o godimento nelle attività quotidiane o non ne prova affatto	0	1	2	3	4	5	6	7
31	Tende ad essere piagnucoloso/a e a lamentarsi spesso	0	1	2	3	4	5	6	7
32	Tende ad essere molto educato/a, rispettoso/a e attento/a alle regole e alle convenzioni sociali (in maniera eccessiva)	0	1	2	3	4	5	6	7
33	Tende ad avere preoccupazioni, eccessive aspettative e insoddisfazione per i risultati scolastici	0	1	2	3	4	5	6	7
34	Tende a farsi consolare quando si presenta una situazione negativa	0	1	2	3	4	5	6	7
35	Tende a trarre piacere o soddisfazione comportandosi in modo sadico, aggressivo o facendo il "bullo" (sia in modo esplicito che implicito)	0	1	2	3	4	5	6	7
36	Tende ad avere cambiamenti improvvisi di umore o di sentimenti	0	1	2	3	4	5	6	7
37	Tende ad essere inibito/a o coartato/a; ha difficoltà a riconoscere o esprimere i propri desideri e impulsi	0	1	2	3	4	5	6	7
38	Tende a suscitare nei genitori risposte che spingono all'autonomia o a sintonizzarsi sulle sue richieste	0	1	2	3	4	5	6	7
39	Tende a essere preoccupato/a da pensieri di morte	0	1	2	3	4	5	6	7
40	Tende ad avere rapporti caratterizzati da intimità e vicinanza, ha degli amici preferiti	0	1	2	3	4	5	6	7
41	Tende a mostrare un notevole peggioramento del proprio livello di funzionamento abituale, tanto da perdere le capacità acquisite	0	1	2	3	4	5	6	7
42	Tende a suscitare nei genitori atteggiamenti intrusivi e controllanti o ostili e distanti	0	1	2	3	4	5	6	7
43	Tende ad avere comportamenti bizzarri	0	1	2	3	4	5	6	7
44	Tende ad essere considerato/a il/la debole della famiglia	0	1	2	3	4	5	6	7
45	Tende a non iniziare o svolgere i suoi compiti da solo/a perché teme di essere deriso/a, schernito/a	0	1	2	3	4	5	6	7
46	Tende a fare sceneggiate o pagliacciate	0	1	2	3	4	5	6	7
47	Tende a esprimere in modo esagerato caratteristiche o modi di fare tradizionalmente associati al proprio sesso	0	1	2	3	4	5	6	7
48	Tende ad avere problemi di apprendimento legati alla lettura, scrittura e calcolo o in generale ad imparare nuove cose	0	1	2	3	4	5	6	7
49	Tende a partecipare a scontri di potere con adulti	0	1	2	3	4	5	6	7
50	Tende a essere ignorato/a, dimenticato/a o evitato/a dai suoi coetanei	0	1	2	3	4	5	6	7
51	Tende a fare i compiti o a dedicarsi ad altre attività produttive sacrificando o escludendo del tutto le attività di svago e le amicizie	0	1	2	3	4	5	6	7
52	Tende ad avere difficoltà nel provare forti emozioni piacevoli (per es. eccitamento, gioia, orgoglio)	0	1	2	3	4	5	6	7
53	Tende ad avere difficoltà a mantenere i rapporti per la sua eccessiva rigidità	0	1	2	3	4	5	6	7
54	Tende ad avere paura ad arrabbiarsi, non vuole risultare aggressivo/a (per es. si blocca nei momenti intensi)	0	1	2	3	4	5	6	7
55	Il suo comportamento a scuola è irregolare, imprevedibile, o gravemente inappropriato (per es. in classe è pigro/a o gravemente distruttivo/a)	0	1	2	3	4	5	6	7
56	Tende a sentire che solo quando è malato/a i genitori si curano di lui/lei	0	1	2	3	4	5	6	7
57	Tende a distruggere le cose proprie o altrui e ad essere aggressivo/a	0	1	2	3	4	5	6	7
58	Tende a pensare di avere scarso valore	0	1	2	3	4	5	6	7
59	Tende a sentirsi in colpa	0	1	2	3	4	5	6	7
60	Tende ad amare le sfide; prova piacere nel realizzare le cose	0	1	2	3	4	5	6	7
61	Tende a stare bene da solo/a	0	1	2	3	4	5	6	7

62	Tende ad essere tormentato/a da pensieri ossessivi ricorrenti che lo/a spaventano	0	1	2	3	4	5	6	7
63	Tende ad essere molto attento/a alle reazioni degli adulti, è sensibile agli umori altrui	0	1	2	3	4	5	6	7
64	Tende a provare vergogna o a sentirsi imbarazzato/a	0	1	2	3	4	5	6	7
65	Tende ad esprimere le proprie emozioni in modi esagerati e teatrali	0	1	2	3	4	5	6	7
66	Tende ad essere facilmente frustrato/a (per es. rinuncia presto)	0	1	2	3	4	5	6	7
67	Tende a non apprezzare la spontaneità negli altri	0	1	2	3	4	5	6	7
68	Tende a non trovarsi bene con gli altri perché non riesce ad essere se stesso/a	0	1	2	3	4	5	6	7
69	Tende ad essere ipervigile e controllante	0	1	2	3	4	5	6	7
70	Tende a manifestare la sua rabbia in maniera sproporzionata rispetto all'evento	0	1	2	3	4	5	6	7
71	Ha imparato a comminare e/o a parlare più tardi degli altri	0	1	2	3	4	5	6	7
72	Tende ad essere troppo preoccupato/a riguardo all'ordine e alla pulizia (per es. se cade va subito a lavarsi)	0	1	2	3	4	5	6	7
73	Tende a farsi male spesso, è incline agli incidenti	0	1	2	3	4	5	6	7
74	Tende ad avere con gli adulti rapporti di controllo reciproco in varie forme (per es. vittima-aggressore, soccorso-violenza, o comunque ruoli caricaturali)	0	1	2	3	4	5	6	7
75	Tende ad essere autocritico/a, si pone standard irrealisticamente elevati ed è intollerante verso i propri difetti	0	1	2	3	4	5	6	7
76	Tende ad essere tendenzialmente rigido/a, testardo/a, imbronciato/a o irritabile	0	1	2	3	4	5	6	7
77	Tende ad avere problemi col cibo (per es. mangia poco o troppo, alimentazione selettiva, ecc.)	0	1	2	3	4	5	6	7
78	Tende a sentirsi solo/a	0	1	2	3	4	5	6	7
79	Tende a balbettare	0	1	2	3	4	5	6	7
80	Tende a passare dall'essere molto dipendente e bisognoso/a a molto indipendente e rifiutante	0	1	2	3	4	5	6	7
81	Tende a ri-esperire o ri-vivere più volte un evento traumatico del passato (per es. ha ricordi intrusivi o sogni ricorrenti dell'evento; è scioccato/a o terrorizzato/a da eventi presenti che assomigliano o simbolizzano il trauma passato)	0	1	2	3	4	5	6	7
82	Tende a dominare con la violenza o l'intimidazione una persona per lui importante (per es. fratelli/sorelle, genitori)	0	1	2	3	4	5	6	7
83	Tende a sentirsi apatico/a, affaticato/a e privo di energia	0	1	2	3	4	5	6	7
84	Tende a essere suggestionabile o facilmente influenzabile	0	1	2	3	4	5	6	7
85	Tende ad avere con gli adulti comportamenti di ricerca di attenzione, passivi e infantili o seduttivi e teatrali (più di quanto sia adeguato all'età)	0	1	2	3	4	5	6	7
86	Ha paura di diventare come uno dei suoi genitori (o una delle sue figure di riferimento significative) per il quale nutre forti sentimenti negativi; può fare di tutto per evitare o rifiutare atteggiamenti o comportamenti associati a quella persona	0	1	2	3	4	5	6	7
87	Tende ad avere difficoltà ad addormentarsi, a mantenere il sonno o dorme troppo	0	1	2	3	4	5	6	7
88	Tende a esprimere qualità, atteggiamenti, caratteristiche tradizionalmente associate all'altro sesso	0	1	2	3	4	5	6	7
89	Tende a manifestare crudeltà, bullismo o meschinità verso gli altri	0	1	2	3	4	5	6	7
90	Tende ad urlare molto	0	1	2	3	4	5	6	7
91	Tende a non assumersi responsabilità, ha bisogno sempre che altri si prendano le responsabilità per lui/lei o di essere rassicurato/a	0	1	2	3	4	5	6	7
92	Tende a finire quello che ha iniziato	0	1	2	3	4	5	6	7
93	Tende a preoccuparsi di essere criticato/a, disapprovato/a o rifiutato/a in situazioni sociali	0	1	2	3	4	5	6	7

94	Tende ad avere paura di essere rifiutato/a o abbandonato/a dagli altri che per lui/lei sono emotivamente significativi	0	1	2	3	4	5	6	7
95	Tende a creare grandi aspettative, che nutre con enormi bugie sia a casa che a scuola	0	1	2	3	4	5	6	7
96	Tende a perdere molto tempo a fare le cose come vanno fatte secondo lui/lei, è perfezionista a spese di flessibilità, apertura ed efficienza	0	1	2	3	4	5	6	7
97	Tende ad avere paura di tutto in modo coerente con le ansie e le paure dei genitori	0	1	2	3	4	5	6	7
98	Tende a sentirsi a disagio a scuola, in pubblico o comunque fuori da casa	0	1	2	3	4	5	6	7
99	Tende a creare inversioni di ruolo fra sé e il genitore in risposta all'incapacità del genitore di fornire cure	0	1	2	3	4	5	6	7
100	Tende a controllare e gestire le interazioni	0	1	2	3	4	5	6	7
101	Tende a essere oppositivo/a, bastian contrario/a o pronto/a al disaccordo	0	1	2	3	4	5	6	7
102	Ha minacciato o tentato il suicidio o si è fatto/a male di proposito	0	1	2	3	4	5	6	7
103	Tende a preoccuparsi in modo irrealistico di essere abbandonato/a	0	1	2	3	4	5	6	7
104	Tende a essere eccessivamente preoccupato/a per le regole, le procedure, l'ordine, l'organizzazione, le programmazioni e soffre quando gli sfugge il controllo sull'ambiente e sui propri affetti	0	1	2	3	4	5	6	7
105	Tende ad essere disobbediente a casa e a scuola	0	1	2	3	4	5	6	7
106	Tende ad aderire rigidamente alla routine giornaliera e si angoschia o si sente a disagio quando subisce alterazioni	0	1	2	3	4	5	6	7
107	Tende ad essere invidioso/a	0	1	2	3	4	5	6	7
108	Tende a mentire o imbrogliare	0	1	2	3	4	5	6	7
109	Tende a esprimere affetti appropriati per qualità e intensità alla situazione che sta vivendo	0	1	2	3	4	5	6	7
110	Tende ad essere schivo/a, timido/a e ritirato/a soprattutto nelle situazioni sociali	0	1	2	3	4	5	6	7
111	Tende a trovare soddisfazione e motivo di felicità in quello che fa e a provare un senso di efficacia	0	1	2	3	4	5	6	7
112	Tende ad avere scarsi risultati scolastici	0	1	2	3	4	5	6	7
113	Tende a non essere empatico/a (difficoltà a comprendere e apprezzare le idee, i sentimenti o i comportamenti degli altri)	0	1	2	3	4	5	6	7
114	Tende a manipolare le emozioni degli altri per ottenere ciò che vuole	0	1	2	3	4	5	6	7
115	Tende ad essere visto/a dal genitore come appendice, un'estensione dei suoi bisogni e a volte si sente svalutato/a e a volte idealizzato/a per questo motivo	0	1	2	3	4	5	6	7
116	Tende ad essere inaffidabile e irresponsabile (per es. non fa i compiti scolastici)	0	1	2	3	4	5	6	7
117	Tende a sentire che la vita non ha significato, non trova stimoli	0	1	2	3	4	5	6	7
118	Tende ad avere difficoltà a mantenere le amicizie	0	1	2	3	4	5	6	7
119	Tende a essere "attaccato/a" o vessato/a dai suoi coetanei	0	1	2	3	4	5	6	7
120	Tende a non desiderare né provare piacere nelle relazioni affettive, incluso il far parte di una famiglia	0	1	2	3	4	5	6	7
121	Tende ad avere un eloquio circostanziato, vago, sconnesso, pieno di digressioni ecc.	0	1	2	3	4	5	6	7
122	Tende ad avere standard morali e etici	0	1	2	3	4	5	6	7
123	Tende a sembrare e agire in modo più infantile di quanto sarebbe appropriato per la sua età (per es. si comporta come un bambino/a più piccolo/a o sceglie principalmente compagni di gioco più piccoli)	0	1	2	3	4	5	6	7
124	Tende a essere critico/a con le altre persone	0	1	2	3	4	5	6	7
125	Tende ad esprimersi in modo appropriato all'età	0	1	2	3	4	5	6	7
126	Tende a non considerare le conseguenze dei suoi comportamenti e delle sue azioni	0	1	2	3	4	5	6	7

127	Tende a sentirsi perseguitato/a dagli altri	0	1	2	3	4	5	6	7
128	Tende a mostrare una forte rivalità e invidia coi fratelli	0	1	2	3	4	5	6	7
129	Tende a “punirsi”; crea situazioni che procurano infelicità, o evita attivamente occasioni di piacere e gratificazione	0	1	2	3	4	5	6	7
130	Nella sua storia familiare ci sono disturbi gravi	0	1	2	3	4	5	6	7
131	Tende a non riuscire a controllare la minzione o la defecazione	0	1	2	3	4	5	6	7
132	Tende a sentirsi impotente, debole o alla mercé di forze che sono al di fuori del suo controllo	0	1	2	3	4	5	6	7
133	Tende a essere competitivo/a (sia in modo esplicito che implicito)	0	1	2	3	4	5	6	7
134	Tende ad essere impulsivo/a o ad agire senza riflettere	0	1	2	3	4	5	6	7
135	Tende ad essere inibito/a rispetto al raggiungimento di obiettivi o in generale del successo (per es. a scuola teme di mettersi in mostra e non si espone)	0	1	2	3	4	5	6	7
136	Tende a non avere amici intimi perché non si fida e pensa che non terranno i suoi segreti	0	1	2	3	4	5	6	7
137	Tende a sentirsi privilegiato/a, pensa di avere tutti i diritti; si aspetta un trattamento preferenziale	0	1	2	3	4	5	6	7
138	Tende ad usare i suoi talenti, le sue capacità e le sue energie in modo efficace e produttivo	0	1	2	3	4	5	6	7
139	Tende a evitare le situazioni sociali e le relazioni intime perché teme di trovarsi in imbarazzo o umiliato/a	0	1	2	3	4	5	6	7
140	Tende ad essere poco coordinato/a, goffo/a e impacciato/a	0	1	2	3	4	5	6	7
141	Tende ad essere energico/a o espansivo/a	0	1	2	3	4	5	6	7
142	Tende a sentirsi incompreso/a, maltrattato/a o vittimizzato/a	0	1	2	3	4	5	6	7
143	Tende a masturbarsi compulsivamente	0	1	2	3	4	5	6	7
144	Tende ad essere compiacente e obbediente. Ha difficoltà ad esprimere disaccordo per paura di perdere approvazione e supporto	0	1	2	3	4	5	6	7
145	Tende a suscitare negli altri reazioni estreme e sentimenti forti	0	1	2	3	4	5	6	7
146	Tende ad essere reticente, tiene le cose per se stesso/a	0	1	2	3	4	5	6	7
147	Tende a sentire che la dipendenza e la vicinanza portino sofferenza maggiore e non sollievo	0	1	2	3	4	5	6	7
148	Tende a fare richieste eccessive che non possono essere soddisfatte	0	1	2	3	4	5	6	7
149	Tende a leggere significati umilianti o minacciosi anche dove non ci sono	0	1	2	3	4	5	6	7
150	Tende ad essere geloso/a	0	1	2	3	4	5	6	7
151	Tende ad essere crudele con gli animali	0	1	2	3	4	5	6	7
152	Tende a essere arrogante, superbo/a o sprezzante	0	1	2	3	4	5	6	7
153	Ha una scarsa dotazione cognitiva	0	1	2	3	4	5	6	7
154	Tende a trattare gli altri principalmente come pubblico che deve testimoniare la sua importanza, il suo ingegno, la sua bellezza	0	1	2	3	4	5	6	7
155	Tende a non fidarsi, crede che tutti mentano	0	1	2	3	4	5	6	7
156	Tende ad avere processi di ragionamento o esperienze percettive strane e peculiari (per es. può fare inferenze arbitrarie; può vedere messaggi o significati nascosti in eventi ordinari)	0	1	2	3	4	5	6	7
157	Tende a vedere alcune persone come “totalmente cattive” e perde la capacità di percepire le loro qualità positive	0	1	2	3	4	5	6	7
158	Tende a giocare in maniera inappropriata all'età (per es. gioco compulsivo, statico, non divertente, non elaborativo, interrotto di frequente, vuoto e incolore)	0	1	2	3	4	5	6	7
159	Tende ad attaccarsi agli altri in modo intenso e veloce; sviluppa sentimenti, aspettative ecc. che non sono giustificati dal contesto o dalla storia della relazione	0	1	2	3	4	5	6	7

160	Tende a restare coinvolto/a in molte zuffe	0	1	2	3	4	5	6	7
161	Tende a descrivere le esperienze in termini generali; non vuole o non sa offrire dettagli specifici (o comunque in maniera inappropriata all'età)	0	1	2	3	4	5	6	7
162	Dopo aver commesso gesti sconsiderati tende a ritirarsi e a mostrare indifferenza	0	1	2	3	4	5	6	7
163	Tende ad essere percepito/a dai genitori come maligno/a, come una punizione, di cui non hanno il controllo	0	1	2	3	4	5	6	7
164	Tende a suscitare passività o paura nei genitori	0	1	2	3	4	5	6	7
165	Tende a sembrare sempre freddo/a, distaccato/a	0	1	2	3	4	5	6	7
166	Tende a non percepire gli adulti come protettivi	0	1	2	3	4	5	6	7
167	Tende ad essere sospettoso/a, diffidente tanto da interpretare tutto come malevolo	0	1	2	3	4	5	6	7
168	Tende ad avere un'eccessiva ansia sociale che non diminuisce con la familiarità	0	1	2	3	4	5	6	7
169	Tende a sentirsi impotente e in balia dell'altro (per es. del genitore)	0	1	2	3	4	5	6	7
170	Tende ad essere socievole e aperto/a ma solo in apparenza	0	1	2	3	4	5	6	7
171	Tende ad essere verbalmente poco articolato/a; non riesce a esprimersi bene con le parole	0	1	2	3	4	5	6	7
172	Tende a sentirsi inadeguato/a, inferiore o incapace (sia in modo esplicito che implicito)	0	1	2	3	4	5	6	7
173	Nella sua storia sono presenti traumi, trascuratezza, abusi di vario tipo o forti stress	0	1	2	3	4	5	6	7
174	Tende ad essere fin troppo autosufficiente	0	1	2	3	4	5	6	7
175	Tende a non avere un'immagine stabile di chi è o di chi vorrebbe diventare (per es. gli atteggiamenti, i valori, gli obiettivi o i sentimenti relativi a se stesso/a possono essere instabili e mutevoli)	0	1	2	3	4	5	6	7
176	Tende a non lasciarsi coinvolgere a meno che non sia accettato/a incondizionatamente	0	1	2	3	4	5	6	7
177	Tende ad avere intuito psicologico; riesce a capire se stesso/a e gli altri	0	1	2	3	4	5	6	7
178	Tende a non godersi le esperienze di apprendimento o di gioco perché troppo preso dal farsi ammirare	0	1	2	3	4	5	6	7
179	Tende a idealizzare o svalutare il genitore	0	1	2	3	4	5	6	7
180	Tende a non provare piacere nello stare con l'altro	0	1	2	3	4	5	6	7
181	Tende ad essere abituato/a a risposte incoerenti dai genitori, anche tra i vari figli, imprevedibili, umilianti	0	1	2	3	4	5	6	7
182	Tende ad essere coscienzioso/a e responsabile	0	1	2	3	4	5	6	7
183	Tende a sentirsi annoiato/a, infelice, depresso/a, abbattuto/a	0	1	2	3	4	5	6	7
184	Tende a non conformarsi con le regole che gli vengono date	0	1	2	3	4	5	6	7
185	Tende ad essere empatico/a, sensibile e responsivo/a verso i bisogni e i sentimenti degli altri	0	1	2	3	4	5	6	7
186	Tende a portare costantemente rancore, non dimentica le offese	0	1	2	3	4	5	6	7
187	Tende a percepire attacchi dove non ci sono ed è pronto/a a reagire	0	1	2	3	4	5	6	7
188	Tende ad avere un'immagine del proprio corpo disturbata o distorta, si trova poco piacevole, grottesco/a, disgustoso/a ecc.	0	1	2	3	4	5	6	7
189	Tende a non andare d'accordo con i pari	0	1	2	3	4	5	6	7
190	Tende a suscitare nell'ambiente che lo circonda (famiglia, scuola, ecc..) reazioni che alimentano la sua eccessiva puntigliosità	0	1	2	3	4	5	6	7
191	Tende a incolpare gli altri per i propri fallimenti o difetti; tende a credere che i suoi problemi siano causati da fattori esterni	0	1	2	3	4	5	6	7
192	Tende a suscitare noia nelle altre persone (per es. può parlare incessantemente, senza partecipazione o di argomenti del tutto irrilevanti)	0	1	2	3	4	5	6	7

193	Tende a comportarsi in modo da suscitare negli altri sentimenti simili a quelli che lui/lei stesso/a sta provando (per es. quando è arrabbiato/a agisce in un modo da provocare rabbia negli altri; quando è ansioso/a agisce in un modo che induce ansia negli altri; quando si sente impotente, fa sentire l'altro impotente)	0	1	2	3	4	5	6	7
194	Tende a suscitare simpatia negli altri	0	1	2	3	4	5	6	7
195	Tende a sentirsi arrabbiato/a e ostile (sia in modo esplicito che implicito)	0	1	2	3	4	5	6	7
196	Tende ad avere problemi nel ricordare le cose	0	1	2	3	4	5	6	7
197	Tende ad avere scarse capacità sociali; nelle situazioni sociali tende a comportarsi in modo goffo e inappropriato	0	1	2	3	4	5	6	7
198	Tende a sentirsi isolato/a e privo/a di qualunque appartenenza (a scuola e a casa)	0	1	2	3	4	5	6	7
199	Tende a sembrare indifferente alle lodi e alle critiche degli altri	0	1	2	3	4	5	6	7
200	Tende a pensare in termini concreti e a interpretare le cose in modo troppo letterale; non è molto capace di apprezzare le metafore, le analogie o le sfumature (in relazione all'età)	0	1	2	3	4	5	6	7