

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA



DOTTORATO DI RICERCA IN PSICOLOGIA SOCIALE, COGNITIVA E CLINICA

XXIII CICLO

**IL MODELLO DI O.F. KERNBERG PER LO STUDIO DEI DISTURBI DI
PERSONALITÀ**

VALIDAZIONE DELLE VERSIONI ITALIANE

**DELL'INVENTORY OF PERSONALITY ORGANIZATION (IPO) E DELLA
STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION (STIPO)**

Tutor: Prof. FABIO MADEDDU

Tesi di dottorato di

EMANUELE PRETI

Anno Accademico 2010/2011

SOMMARIO

RIASSUNTO	1
ABSTRACT	5
1. INTRODUZIONE TEORICA	7
1.1 I DISTURBI DI PERSONALITÀ	7
1.1.1 Il modello categoriale.....	7
1.1.2 I modelli dimensionali	11
1.2 L'ORGANIZZAZIONE DI PERSONALITÀ: IL MODELLO DI O.F. KERNBERG	15
1.2.1 Il modello teorico di O.F. Kernberg	15
1.2.2 La valutazione della struttura di personalità.....	26
2. VALIDAZIONE DELLA VERSIONE ITALIANA DELL' <i>INVENTORY OF PERSONALITY ORGANIZATION</i> (IPO).....	33
2.1 INTRODUZIONE	33
2.1.1 Origini e caratteristiche dell' <i>Inventory of Personality Organization</i> (IPO).....	33
2.1.2 Proprietà psicometriche.....	36
2.2 STUDIO 1 PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DELL'IPO IN UN CAMPIONE NON CLINICO	42
2.2.1 Obiettivi dello studio	42
2.2.2 Metodi.....	43
2.2.3 Risultati.....	48
2.3 STUDIO 2 PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DELL'IPO IN UN CAMPIONE CLINICO.....	62
2.3.1 Obiettivi dello studio.....	62
2.3.2 Metodi.....	63
2.3.3 Risultati.....	67

2.4 DISCUSSIONE	84
3. VALIDAZIONE DELLA VERSIONE ITALIANA DELLA <i>STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION</i> (STIPO)	93
3.1 INTRODUZIONE	93
3.1.1 Origini e caratteristiche della Structured Interview of Personality Organization (STIPO).....	93
3.1.2 Proprietà psicometriche.....	102
3.2 PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DELLA STIPO.....	106
3.2.1 Obiettivi dello studio.....	106
3.2.2 Metodi.....	107
3.2.3 Risultati.....	112
3.3 DISCUSSIONE	128
4. CONCLUSIONI GENERALI	135
4.1 OPERAZIONALIZZARE UNA TEORIA	137
4.2 VERSO IL DSM V.....	141
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	143

RIASSUNTO

Obiettivo Questo lavoro ha l'obiettivo di valutare le proprietà psicometriche delle versioni italiane dell'*Inventory of Personality Organization* (IPO; Lenzenweger et al. 2001), un questionario *self-report* per l'assessment dell'organizzazione di personalità secondo il modello di Otto Kernberg, e della *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO), l'intervista strutturata parallela al questionario IPO.

Nello Studio 1 e nello Studio 2 (Capitolo 2) sono state valutate le proprietà psicometriche dell'IPO.

Metodi 696 studenti universitari e loro familiari e conoscenti (Studio 1; uomini 37%; età media=36.51 anni; $ds=\pm 14.08$; range: 18-74) e 121 pazienti psichiatrici (Studio 2; uomini 43.8%; età media=37.22 anni; $ds=\pm 10.54$; range: 18-66) hanno completato una batteria di questionari comprendente l'IPO, il *Severity Indices of Personality Problems* (SIPP-118; Verheul et al., 2008), la *Borderline Personality Disorder Checklist* (Giesen-Bloo et al., unpublished manuscript), la *Response Evaluation Measure 71* (Steiner et al., 2001) e la *Symptom Checklist 90-R* (Derogatis, 1977).

Risultati Le analisi fattoriali confermatriche hanno fornito risultati simili a quelli ottenuti da Ellison e Levy (2011), che supportano una soluzione a 4 fattori (instabilità del senso di sé e degli altri, instabilità degli obiettivi, instabilità dei comportamenti e psicosi). La struttura fattoriale si è mostrata invariante rispetto al campione (non clinico e clinico) e rispetto al genere. Le quattro sottoscale dell'IPO hanno riportato buoni livelli di coerenza interna (valori dell'alfa di Cronbach compresi tra .72 e .91) e buoni valori di attendibilità test-retest nel campione non clinico (intervallo temporale: un mese; ICC compresi tra .80 e .96). Sono emersi pattern di associazione con le misure criterio, valutati attraverso *path analysis*, in linea con le attese teoriche. Il primo fattore, Instabilità del senso di sé e degli altri, ha riportato associazioni con misure dell'integrazione dell'identità e del funzionamento difensivo, oltre ad associazioni con la sintomatologia borderline e il *distress* psicopatologico. Il secondo fattore, Instabilità degli obiettivi, ha mostrato associazioni coerenti con la capacità di porsi obiettivi realistici e di realizzare tali obiettivi. Il terzo fattore, Psicosi, ha riportato le relazioni attese con sintomi paranoidei/dissociativi, solo nel campione clinico. Infine, il quarto fattore, Instabilità dei comportamenti, si è rivelato associato a funzioni di personalità e cluster sintomatologici

relativi alla difficoltà di regolazione della rabbia, degli impulsi e dell'aggressività. I quattro fattori hanno riportato le relazioni di criterio attese: tutte le dimensioni, infatti, hanno dimostrato di discriminare tra soggetti clinici e non clinici, mentre solo i fattori Instabilità del senso di sé e degli altri e Instabilità degli obiettivi hanno dimostrato di discriminare tra pazienti con e senza disturbo borderline di personalità.

Nello studio presentato nel Capitolo 3 sono state valutate le proprietà psicometriche della STIPO.

Metodi 30 studenti universitari e loro familiari e conoscenti (uomini 23%; età media=40.97 anni; $ds=\pm 14.35$; range: 22-63) e 49 pazienti psichiatrici (uomini 46.8%; età media=36.60 anni; $ds=\pm 9.45$; range: 20-53) sono stati intervistati attraverso la STIPO e hanno completato una batteria di questionari che includeva l'IPO, REM 71 (Steiner et al., 2001) e SIPP-118 (Verheul et al., 2008); i pazienti psichiatrici, inoltre, sono stati intervistati attraverso la *Structured Clinical Interview for Axis II Disorders* (SCID II; First et al., 2001).

Risultati Le analisi fattoriali confermative hanno confermato la struttura teorica a 7 fattori dell'intervista (Identità, Relazioni oggettuali, Difese, Coping, Aggressività, Valori morali ed Esame di realtà). Le sottoscale della STIPO hanno riportato buoni livelli di consistenza interna (valori dell'alfa di Cronbach compresi tra .78 e .91) e buona *inter-rater reliability* (ICC compresi tra .82 and .97). Rispetto alle tre scale primarie della STIPO (Identità, Difese ed Esame di realtà), sono emersi pattern di associazione con le misure esterne, valutati attraverso *path analysis* e regressioni, in linea con le attese teoriche. La scala Identità ha riportato relazioni con misure della stabilità del senso di sé e della capacità di perseguire obiettivi. La scala Difese è risultata associata a misure esterne del funzionamento difensivo primitivo e con i domini dell'IPO relativi all'instabilità del senso di sé e degli altri e all'instabilità degli obiettivi, così come a misure della mancanza di autocontrollo e di stabilità emotiva. Infine, la scala Esame di realtà ha riportato associazioni coerenti con il fattore Psicosi dell'IPO.

Le tre scale primarie della STIPO hanno anche riportato le relazioni di criterio attese: tutte le dimensioni, infatti, hanno dimostrato di discriminare tra soggetti clinici e non clinici, mentre solo le scale Identità e Difese, e non Esame di realtà, hanno dimostrato di discriminare tra pazienti con e senza disturbo borderline di personalità.

Conclusioni I nostri risultati portano a concludere che l'IPO e la STIPO, nella loro versione italiana, sono strumenti validi e affidabili per la valutazione dell'organizzazione di personalità secondo il modello di Kernberg. I risultati sono discussi nei termini delle loro implicazioni rispetto alla ricerca e alla pratica clinica e nel contesto della nuova concezione dei disturbi di personalità proposta per il DSM V.

ABSTRACT

Objective This work aims at assessing the psychometric properties of the Italian versions of the Inventory of Personality Organization (IPO; Lenzenweger et al. 2001), a self-report instrument for the assessment of personality organization, according to Otto Kernberg's model, and the Structured Interview of Personality Organization (STIPO), the interview-version of the IPO.

Study 1 and Study 2 (Chapter 2) evaluated the psychometric properties of the IPO.

Methods 696 university students and people from the community (Study 1; males 37%; mean age=36.51 ys; SD=±14.08; range: 18-74) and 121 psychiatric patients (Study 2; males 43.8%; mean age=37.22 ys; SD=±10.54; range: 18-66) completed a set of questionnaires including the IPO, the Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118; Verheul et al., 2008), the Borderline Personality Disorder Checklist (Giesen-Bloo et al., unpublished manuscript), the Response Evaluation Measure 71 (Steiner et al., 2001), and the Symptom Checklist 90-R (Derogatis, 1977).

Results Confirmatory factor-analyses conveyed results similar to those obtained by Ellison and Levy (2011) and supporting a 4-factor solution (instability of sense of self and others, instability of goals, instability of behaviors, and psychosis). The factor structure proved to be invariant across samples (non clinical and clinical) and gender. The four IPO subscales showed good levels of internal coherence (Cronbach's alphas between .72 and .91), and good test-retest reliability in the non clinical sample (time frame: one month; ICC ranging between .80 and .96). Patterns of associations with the criterion measures, assessed through path analysis, emerged in line with theoretical expectations. The first factor, Instability of sense of self and others, showed associations with measures of identity integration and defensive functioning, as well as associations with borderline symptoms and psychopathological distress. The second factor, Instability of goals, showed associations with coherent measures of the capacity to set realistic goals and to achieve them. The third factor, Psychosis, showed the expected associations with paranoid/dissociative symptomatology only in the clinical sample. Finally, the fourth factor, Instability of behaviors, was found to be associated with personality functions and symptom clusters connected with difficulties in the regulation of anger, impulses, and aggression. The four factors showed the expected criterion relations: all the

dimensions, in fact, discriminate between clinical and non clinical subjects, whereas only Instability of sense of self and others and Instability of goals discriminate between borderline patients and non borderline patients.

The study presented in Chapter 3 evaluated the psychometric properties of the STIPO.

Methods 30 university students and people from the community (males 23%; mean age=40.97 ys; SD=±14.35; range: 22-63) and 49 psychiatric patients (males 46.8%; mean age=36.60 ys; SD=±9.45; range: 20-53) were interviewed through the STIPO and completed a set of questionnaires including the IPO, REM 71 (Steiner et al., 2001), and the SIPP-118 (Verheul et al., 2008); psychiatric patients were also interviewed through the Structured Clinical Interview for Axis II Disorders (SCID II; First et al., 2001).

Results Confirmatory factor-analyses confirmed the theoretical 7-factor dimensionality of the interview (Identity, Object relations, Defenses, Coping, Aggression, Moral values, and Reality testing). The STIPO subscales showed good levels of internal coherence (Cronbach's alphas between .78 and .91), and good inter-rater reliability (ICC ranging between .82 and .97). For what concerns the three primary scales of the STIPO (Identity, Defenses, and Reality testing), the patterns of associations with the criterion measures, assessed through path analysis and regressions, were in line with theoretical expectations. The Identity scale showed associations with measures of the stability of self image and the capacity of pursuing goals. The Defenses scale resulted to be associated with the external measure of primitive defenses and with the domains of the IPO concerning the Instability of the sense of self and others and the Instability of goals, as well as with measures of lack of self-control and emotional instability. Finally, the Reality testing scale showed coherent associations with the Psychosis factor of the IPO. The three primary scales of the STIPO also showed the expected criterion relations: all the dimensions, in fact, discriminate between clinical and non clinical subjects, whereas only Identity and Defenses, and not Reality testing, discriminate between borderline patients and non borderline patients.

Conclusions Our results suggest that the Italian versions of the IPO and the STIPO are reliable and valid tools for the assessment of personality organization according to Kernberg's model. Results are discussed in terms of their implications regarding research and clinical practice, as well as in the context of the new conception of personality disorders proposed for the DSM V.

1. INTRODUZIONE TEORICA

1.1 I DISTURBI DI PERSONALITÀ

1.1.1 Il modello categoriale

Non è semplice fornire una definizione univoca del concetto di disturbo di personalità. Molti sono, infatti, i limiti degli attuali sistemi di classificazione e il rischio è quello di cercare rifugio in etichette diagnostiche che sembrano dare un ordine a quadri psicopatologici complessi e dimenticare il fondamentale criterio guida della ricerca, ovvero l'utilità clinica (Lowe & Widiger, 2009).

L'approccio descrittivo ha l'obiettivo di costruire una nomenclatura diagnostica categoriale, ateorica, oggettiva e condivisa; l'intento è quello di creare una "lingua franca" per la comunicazione tra i professionisti della salute mentale, rinunciando alle dimensioni più implicite, inferenziali ed ermeneutiche del funzionamento psichico. L'enfasi è posta sull'identificazione di sindromi omogenee e distinte (Robins & Heltzer, 1986): a partire dalla rilevazione di sintomi oggettivi vengono individuati profili psicopatologici ben precisi e delimitati. Il sistema è basato sull'uso di criteri diagnostici, che permettano di rilevare i sintomi ricorrendo a un livello di inferenza minimo e consentano un alto grado di replicabilità. Diagnosticare per categorie significa, dunque, identificare un insieme di fenomeni clinici (segni obiettivi e sintomi soggettivi) dotato di una coerenza interna e di un confine preciso rispetto ad altri insiemi, compreso quello definibile come salute, cioè l'assenza di segni e sintomi. Questo tipo di diagnosi deriva direttamente dall'ambito medico, all'interno del quale è però possibile il collegamento tra i sintomi e i segni e la loro radice biologica; nell'ambito della patologia psichica questo non è sempre possibile. Inoltre, la malattia mentale spesso aggredisce aspetti del funzionamento cerebrale ancora difficili da definire - cioè i livelli più alti di integrazione delle funzioni cognitive, degli affetti, delle emozioni e del comportamento (Hyman, 2000). Per

questo motivo i sistemi diagnostici categoriali per la malattia psichica possono fondarsi solo su basi meramente descrittive.

Alcuni di questi sistemi, che hanno origine nell'ambito medico-psichiatrico, fanno riferimento a una classificazione di tipo categoriale, ateorica e basata sulla sintomatologia presentata dal paziente, presumendo che esistano differenze significative e discontinuità tra ciò che è "normale" e ciò che invece è da considerarsi "disturbato" (American Psychiatric Association, APA, 1980, 2000; World Health Organization, WHO, 1993). Il *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th edition, text revision* (DSM-IV-TR; APA, 2000), in particolare, consiste in una classificazione nosografica multi-assiale dei disturbi mentali, definiti in base a quadri sintomatologici raggruppati su basi statistiche: il sintomo acquista valore come dato frequenziale e i quadri sintomatologici sono descritti a prescindere dal vissuto del singolo. Il manuale si fonda sul presupposto che i disturbi psichici siano entità discrete: i disturbi rappresenterebbero categorie qualitativamente distinte le une dalle altre e nettamente separate dalle condizioni di non malattia (Trull & Durett, 2005); questi possono quindi essere individuati grazie all'utilizzo di criteri diagnostici di inclusione o esclusione. Nel corso degli anni, tali criteri sono andati modificandosi e perfezionandosi sempre più in base all'obiettivo di ottenere una maggiore validità e attendibilità diagnostica, e sempre meno relativamente a considerazioni clinico-teoriche.

Nella nomenclatura psichiatrica attuale, il DSM-IV-TR (APA, 2000) definisce i disturbi della personalità come:

"[...] pattern duraturi di un'esperienza interna che deviano in modo marcato dalle aspettative della cultura dell'individuo in due o più aree (cognitività, affettività, funzionamento interpersonale, controllo degli impulsi), sono pervasivi e inflessibili, hanno un esordio in adolescenza o nella prima età adulta, sono stabili nel tempo, non risultano collegati agli effetti fisiologici diretti di una sostanza o come conseguenza di un altro disturbo mentale e portano una compromissione del funzionamento." (pp. 313-314).

In particolare, il manuale definisce il Disturbo di Personalità (DP) come un modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo modello si manifesta in due o più delle seguenti aree: i) Cognitività (modi di percepire se stessi, gli altri e gli avvenimenti); ii) Affettività (varietà, intensità, labilità, adeguatezza della risposta emotiva); iii) Funzionamento interpersonale; iv) Controllo degli impulsi. Il modello abituale deve risultare, inoltre, inflessibile e pervasivo in una

varietà di situazioni personali e sociali e deve determinare disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e di altre aree importanti. Il quadro è stabile e di lunga durata, con insorgenza almeno nell'adolescenza o nella prima età adulta. Esso non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale né collegato agli effetti fisiologici di una sostanza o di una condizione medica generale (APA, 2000). Questa definizione permette di differenziare i disturbi della personalità dai disturbi clinici, registrandoli rispettivamente sull'asse II e I. I disturbi della personalità, a confronto con i disturbi clinici, sarebbero caratterizzati da una maggior stabilità nel tempo, da sintomi specifici che iniziano a manifestarsi prima dell'età adulta, da una minor trattabilità, da un'etiologia di tipo ambientale, da un minor insight e da una maggiore qualità egosintonica, ovvero dalla percezione del disturbo come parte del proprio essere naturale, trascurando le compromissioni causate al funzionamento dell'individuo e alle relazioni con gli altri (Krueger, 2005).

Il DSM-IV-TR (APA, 2000) distingue inoltre dieci disturbi della personalità, suddividendoli in tre cluster in base alla sintomatologia prevalente: isolamento e ritiro per il cluster A, impulsività per il cluster B e infine ansia per il cluster C (Looper & Paris, 2000). Nel cluster A sono inclusi il disturbo paranoide, schizoide e schizotipico, all'interno del cluster B rientrano invece il disturbo antisociale, borderline, narcisistico e istrionico e, infine, nel cluster C sono presentati il disturbo evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo di personalità.

Oltre alla classificazione del DSM-IV-TR (APA, 2000), esiste un altro sistema categoriale, l'ICD-10 (WHO, 1993). Anche questo sistema nosografico include dieci disturbi della personalità. Tuttavia, l'ICD-10 non è organizzato secondo un sistema multiassiale; inoltre, la classificazione esclude il disturbo narcisistico di personalità, considera il disturbo schizotipico della personalità registrato nel DSM-IV-TR come forma di schizofrenia piuttosto che come specifico disturbo della personalità e, infine, prende in considerazione i cambiamenti duraturi della personalità che si sviluppano in seguito a esperienze catastrofiche e ad altre malattie psichiatriche (Widiger, 2003).

Nonostante queste divergenze, entrambi i sistemi categoriali hanno il vantaggio di facilitare la comunicazione tra clinici, di costruire un lessico condiviso relativo ai disturbi, di avere una buona validità di facciata e di semplificare un vasto insieme di informazioni (Sprock, 2003). Tuttavia, l'utilizzo di categorie omogenee al loro interno e differenziate tra loro in base a criteri qualitativi di presenza/assenza presenta anche una serie di limiti (Livesley, 2003; Trull

& Durrett, 2005; Verheul, 2005; Tryer, 2005; Widiger & Samuel, 2005; De Clercq, De Fruyt, Van Leeuwen, & Mervielde, 2006; Clark, 2007; Lenzenweger, 2010). In primo luogo, l'assenza di un'evidenza empirica alle base di queste categorie dicotomiche "tutto o niente" e l'arbitrarietà dei punteggi di *cutoff* rendono difficile definire il momento in cui i tratti di personalità diventano un disturbo. Inoltre, un altro problema è rappresentato dai tassi elevati di comorbidità tra diagnosi di disturbi della personalità, dalla sovrapposibilità dei disturbi di asse I e II e dalla conseguente mancanza di un'adeguata validità discriminante. In letteratura emerge, inoltre, una scarsa considerazione dell'eterogeneità dei sintomi presentati da pazienti con una stessa diagnosi e della specificità di ogni individuo. Un ulteriore punto di debolezza dei sistemi nosografici descrittivi consiste nell'assenza di una valutazione della gravità dei sintomi, essenziale nella valutazione clinica dei pazienti. Oltre a questi limiti, alcuni studi sull'*outcome* dei disturbi della personalità (Skodol et al., 2005) mostrerebbero che molte forme patologiche della personalità declinano nel tempo, facendo sorgere dubbi sulla validità dell'asse II del sistema di classificazione, fondato sull'assunto di cronicità. Non si può, tuttavia, parlare di una vera e propria remissione; per quanto, infatti, i pazienti cessino di soddisfare determinati criteri necessari al fine della diagnosi, essi continuano ugualmente a mostrare un basso livello di funzionamento (Paris, 2005). Questa considerazione ha portato Skodol e coll. (2005) a suggerire che le attuali categorie dei disturbi di personalità siano ibridi di tratti (che mostrano consistenza nel tempo) e sintomi (che tendono a diminuire nel tempo) e che serva un sistema diagnostico integrato che separi chiaramente tratti stabili da sintomi instabili. Una delle conseguenze dei limiti appena esposti relativi ai sistemi categoriali è dunque la presenza di pazienti con tratti maladattivi del pensiero, del comportamento e degli affetti che, pur non essendo diagnosticabili come disturbi della personalità perché non soddisfano pienamente i criteri richiesti, sono comunque suscettibili di attenzione clinica e rientrano nei disturbi di personalità non altrimenti specificati (NAS; Westen & Arkowitz-Westen, 1998). L'utilizzo della prospettiva basata su categorie discrete, infatti, sarebbe più adeguatamente applicabile ad alcuni disturbi mentali come le demenze e le psicosi; rispetto ai disturbi di personalità, invece, questo tipo di tassonomia tenderebbe a non considerare i tratti di una personalità normale, la cui inclusione porterebbe invece a un incremento della validità nella valutazione clinica e la copertura di casi attualmente diagnosticati come NAS (Livesley, 2001).

1.1.2 I modelli dimensionali

In seguito alla revisione dei limiti presenti all'interno del sistema categoriale di classificazione, un numero sempre crescente di modelli dimensionali alternativi è stato associato ai disturbi di personalità del DSM (Trull & Durrett, 2005; Clark, 2007; Widiger & Trull, 2007; Samuel & Widiger, 2008; Lenzenweger, 2010). Uno studio di Livesley, Jackson e Schroeder (1992) ha cercato di valutare i modelli categoriali e dimensionali per la classificazione dei disturbi della personalità, confrontando la struttura patologica di personalità in un campione clinico con quella di un campione generale della popolazione e domandandosi se la popolazione clinica e quella generale fossero caratterizzate da differenze significative nella struttura delle componenti principali. Attraverso una serie di analisi fattoriali, sono emersi 15 tratti, replicati in entrambi i gruppi, capaci di spiegare circa il 71.6% della varianza; essi sono così definiti: afflizione generale, rifiuto, espressione ristretta, compulsività, ricerca di stimoli, attaccamento insicuro, diffidenza, problemi nell'intimità, oppositività, disistima interpersonale, problemi nella condotta, disfunzioni cognitive, reattività affettiva, narcisismo e apprensione sociale. L'importante conclusione che si può derivare da questo studio riguarda la similarità nella struttura fattoriale di entrambi i campioni basata su un'evidenza empirica; questo risultato supporta ulteriormente la necessità di passare da una valutazione qualitativa (basata su criteri di inclusione/esclusione) a una di tipo quantitativo, che tenderebbe a concettualizzare i disturbi di personalità come manifestazioni estreme di un normale tratto, accreditando la validità dei modelli dimensionali (Nakao et al., 1999). A differenziare dunque un "normale" individuo, se di normalità statisticamente pura si può parlare, da un malato non è la presenza o meno di un tratto, ma la quantità in cui questo tratto è presente e compromette il livello di funzionamento dell'individuo.

Widiger e Simonsen (2005) hanno passato in rassegna i limiti dell'approccio categoriale, giungendo a individuare importanti motivazioni in favore di un modello dimensionale. Gli autori invitano, dunque, a tradurre i costrutti diagnostici esistenti in termini quantitativi, a riorganizzare i criteri diagnostici esistenti in dimensioni clinicamente più utili e valide empiricamente, a integrare l'asse I e l'asse II attraverso l'identificazione di uno spettro disfunzionale trasversale a entrambi e, infine, a integrare la classificazione dei disturbi di personalità sull'asse II con i modelli dimensionali della struttura di personalità di un campione generale. Così facendo i disturbi di personalità sarebbero situati non solo lungo un *continuum* con i disturbi sull'asse I, ma anche con il funzionamento generale di personalità, contribuendo

ad abbattere un netto confine tra la personalità normale e quella patologica e confermando di nuovo che, a differenza di molte malattie, i disturbi della personalità non colpiscono il soggetto dal nulla, ma rientrano già in diversa misura nella sua natura. Emerge, infatti, in letteratura, la considerazione relativa al fatto che tali disturbi non formano una categoria omogenea, possono manifestarsi senza che necessariamente si sia verificato un evento traumatico e compromettono seriamente il funzionamento dell'individuo (Gutiérrez et al., 2008).

Secondo Skodol e Bender (2009) sarebbero due gli approcci dimensionali fondamentali applicati alla valutazione della personalità: quelli centrati sulla variabile, in cui diversi tratti di personalità vengono valutati in base al grado in cui descrivono un determinato paziente (Krueger & Eaton, 2010) e quelli centrati sulla persona, che confrontano il paziente a una descrizione prototipica e al grado di corrispondenza con essa.

Indipendentemente dal modello specifico, quando si parla di alternative dimensionali, è importante tenere presente due sfide che queste nuove prospettive devono affrontare; quella riferita alla capacità dei nuovi modelli di rappresentare adeguatamente e con buone proprietà psicometriche i sintomi frequentemente incontrati dai clinici e quella dei *cutoff*, ovvero cercare di stabilire i criteri soglia in grado di identificare se un disturbo della personalità è presente (Trull, 2005). Quando, infatti, un individuo non è caratterizzato da uno o più tratti in modo estremo, ma mostra un deterioramento nell'adattamento, non ha molto senso parlare di disturbo di personalità, in quanto la disfunzione può essere dovuta ad altro. Similmente, anche quando sono presenti tratti estremi della personalità, ma in assenza di compromissione del funzionamento, non si può concludere che una persona abbia un disturbo della personalità. Un metodo per decidere se un tratto sia significativamente elevato è quello della devianza statistica rispetto alla media, per quanto legato ai differenti *cutoff* attribuiti a specifici tratti e non sufficiente da solo a determinare la presenza di un disturbo, se manca una compromissione a livello più generale (Wakefield, 2006). Ciò che risulta dunque significativo nella diagnosi non è tanto la presenza del tratto, quanto il livello di disfunzione provocato e il giudizio della significatività clinica non dovrebbe fermarsi al livello di gravità del sintomo, ma dovrebbe considerare anche il contesto all'interno del quale è inserito (Wakefield & First, 2003). Per questo la diagnosi dei disturbi di personalità dovrebbe includere due momenti separati: in un primo la valutazione dello stile di personalità e successivamente la valutazione del fallimento adattivo causato da questo stile (Livesley & Lang, 2000).

A partire dall'ipotesi, validata empiricamente, secondo la quale ci sarebbe un'unica struttura di personalità alla base di normalità e anormalità, diversi studi sono stati condotti per individuare quali fossero i fattori sottostanti a tali manifestazioni comportamentali (Markon, Krueger, & Watson, 2005). Uno degli svantaggi nell'applicazione di questi modelli dimensionali infatti, oltre alla bassa familiarità clinica (Skodol & Bender, 2009), è l'assenza di un consenso sulla definizione dei tratti di personalità, dovuta alla presenza di molteplici modelli apparentemente in competizione tra loro (Looper & Paris, 2000). Il Five Factor Model-FFM (Costa & Widiger, 2002) sembra rappresentare la struttura di ordine superiore, validata empiricamente, che connetterebbe personalità normale con quella disturbata e che permetterebbe la conversione di un modello categoriale in uno dimensionale, in quanto qualsiasi struttura può essere ricondotta a combinazioni diverse dei cinque fattori di base: estroversione, coscienziosità, piacevolezza, nevroticismo e apertura all'esperienza (Lynam & Widiger, 2001). Da questo punto di vista, il modello dimensionale sarebbe più semplice da usare, in quanto, nel caso del modello appena citato, concettualizzerebbe e richiederebbe la valutazione dei disturbi di personalità come configurazione di cinque dimensioni base, validate empiricamente e replicate in diverse lingue e fasce d'età. Nonostante l'importanza attribuita a questi studi, non va dimenticato uno degli svantaggi associato a questi nuovi approcci, ovvero la tendenza a usare i medesimi descrittori per tracciare i profili di diversi tipi di personalità (Rottman, Ahn, Sanislow, & Kim, 2009).

Uno dei vantaggi dei modelli dimensionali pare dunque essere la loro capacità di caratterizzare come unici i profili di personalità di ogni individuo e di fornire *cutoff* flessibili per prendere differenti decisioni cliniche e sociali. È proprio su queste basi che si fonda la ricerca attuale per la realizzazione della quinta edizione del DSM, in cui probabilmente si realizzerà un'integrazione di sistemi categoriali e dimensionali, al fine di trarre vantaggio da ciascuno di essi, compensandone i limiti presenti (Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley, & Verheul, 2005). L'adozione di modelli dimensionali non significherebbe, dunque, abbandonare la distinzione tra normalità e anormalità, ma, al contrario, dare forma a discussioni su come le dimensioni di sintomi e tratti siano riconducibili a concetti come disturbo mentale e psicopatologia (Krueger, 2005). All'interno di queste discussioni, Verheul (2005) identifica elementi di validità diagnostica che sono condizioni necessarie per l'utilità clinica e includono un'adeguata copertura e una consistenza con i modelli eziologici, dello sviluppo e del cambiamento. Inoltre, identifica componenti che riguardano direttamente l'utilità clinica e sono l'accuratezza nella concettualizzazione del disturbo, la comunicazione professionale tra clinici e con le famiglie,

l'affidabilità tra giudici, la precisione della diagnosi, l'accettabilità nella pratica clinica e la predittività del futuro sviluppo del disturbo. Il FFM si è mostrato consistentemente superiore al DSM nei punteggi di quattro su sei di questi aspetti, per quanto uno dei limiti dello studio che ha affermato ciò sia stato quello di basarsi esclusivamente sulle opinioni dei clinici (Samuel & Widiger, 2006). Ciò nonostante, il FFM è visto ancora con molto scetticismo all'interno della pratica clinica, a causa della bassa familiarità dei professionisti con l'applicazione di questo modello e limitati studi nella letteratura clinica che ne descrivano l'uso e la positività dei risultati (Sprock, 2003).

1.2 L'ORGANIZZAZIONE DI PERSONALITÀ: IL MODELLO DI O.F. KERNBERG

1.2.1 Il modello teorico di O.F. Kernberg

Otto Kernberg, psicoanalista e psichiatra nato a Vienna nel 1928, ha sviluppato un approccio strutturale alla psicopatologia che enfatizza come le manifestazioni comportamentali dei pazienti aventi un disturbo della personalità o del carattere derivino da una struttura psichica comune capace di dare coerenza ai sintomi (Christopher, Bickhard, & Lambeth, 2001). Ispirato dai contributi della teoria pulsionale di Freud (1915), della psicologia dell'Io di Edith Jacobson (1964) e Margaret Mahler (1971) e dalla teoria di Melanie Klein (1975), Kernberg ha avviato un lavoro di integrazione di questi modelli anziché di radicale opposizione, al fine di considerare i diversi aspetti, pulsionali ed evolutivi, che caratterizzano la diagnosi e il trattamento di pazienti gravi. Kernberg ha sviluppato la concezione psicoanalitica di Freud secondo la quale i sintomi sarebbero un compromesso inconscio finalizzato sia alla gratificazione parziale delle pulsioni che al rispetto della proibizione alla loro soddisfazione, considerando le pulsioni non all'interno di un vuoto, bensì esperite dalla psiche all'interno di uno specifico contesto relazionale dove assumerebbe molta importanza il ruolo giocato da altre persone significative (Yeomans & Levy, 2002). Partendo, dunque, dai limiti riscontrati nella teoria pulsionale per la sua incapacità di dare delle spiegazioni adeguate alla complessità della motivazione umana, altri sono stati gli influssi teorici che hanno determinato l'orientamento clinico di Kernberg: Margaret Mahler, con l'attenzione dedicata al processo di separazione-individuazione ed Edith Jacobson, con la definizione di "mondo rappresentazionale" (Greenberg & Mitchell, 1983). Il modello di disturbo di personalità e del suo trattamento di Kernberg costituisce il fondamento della psicoterapia focalizzata sul transfert (Transference-Focused Psychotherapy, TFP, Clarkin, Kernberg, & Yeomans, 2006), che si fonda sulla teoria psicoanalitica contemporanea delle relazioni oggettuali (Kernberg, 1984), integrata dalle scoperte delle più recenti ricerche in area evolutiva e neurobiologica (Clarkin & Posner, 2005; Depue, Lenzenweger, & Livesley, 2001).

Il modello di Otto Kernberg rappresenta una derivazione e un'estensione dell'integrazione della fenomenologia delle relazioni interpersonali con la metapsicologia classica, operata dalla Jacobson (1964), e delle ipotesi evolutive della Mahler (1971). Kernberg

limita l'uso che fa della teoria delle relazioni oggettuali a un approccio più contenuto all'interno della metapsicologia psicoanalitica, che sottolinea il rafforzamento di rappresentazioni intrapsichiche diadiche (sé e immagini oggettuali), come riflessi della relazione originaria madre-figlio, e il suo successivo sviluppo in relazioni interpersonali interne ed esterne diadiche, triangolari e multiple.

Un'altra premessa fondamentale è che alla base dei comportamenti sintomatici o delle lamentele soggettive presentati dai pazienti con disturbo di personalità ci sia una mancanza di integrazione delle strutture psichiche sottostanti. Una struttura è un pattern stabile e duraturo di funzioni mentali che organizzano il comportamento, le percezioni e l'esperienza soggettiva di un individuo (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006). Il concetto psicoanalitico di struttura psichica, formulato per la prima volta da Freud nel 1922, si fondava su un postulato, la tripartizione della psiche in Io, Super-Io ed Es. Nella psicologia psicoanalitica dell'Io l'analisi strutturale si è basata sulla tesi (Hartmann, Kris, & Loewenstein, 1946; Rapaport & Gill, 1959) che l'Io può essere concettualizzato in termini di: i) "strutture" o configurazioni, che mutano lentamente e determinano lo svolgersi dei processi psichici; ii) Processi psichici o "funzioni"; iii) "soglie" di attivazione di queste funzioni e configurazioni.

Quindi, le strutture sono configurazioni relativamente stabili di processi psichici; il Super-io, l'Io e l'Es sono strutture che integrano dinamicamente certe sottostrutture quali le configurazioni cognitive e difensive dell'Io. Kernberg (1976) ha utilizzato l'espressione "analisi strutturale" per descrivere il rapporto fra i derivati strutturali delle relazioni oggettuali interiorizzate e i vari livelli di organizzazione del funzionamento psichico. Per Kernberg le relazioni oggettuali interiorizzate costituiscono sottostrutture dell'Io e a loro volta sono organizzate gerarchicamente. Inoltre, nel pensiero psicoanalitico più recente, per analisi strutturale si intende anche l'analisi dell'organizzazione permanente del contenuto dei conflitti inconsci, particolarmente del complesso edipico come tratto organizzatore della psiche che ha una storia evolutiva, un'organizzazione dinamica (è più della somma delle sue parti) e incorpora le prime esperienze e organizzazioni pulsionali specifiche di ogni fase evolutiva. Kernberg ha applicato tutti questi concetti strutturali all'analisi delle strutture intrapsichiche e dei conflitti pulsionali predominanti nei pazienti al limite.

Per creare una connessione tra la teoria delle relazioni oggettuali e la struttura di personalità, viene ipotizzato che nel corso dello sviluppo infantile si creino molteplici diadi interiorizzate sulla base di esperienze prototipiche. I mattoni di base delle strutture psichiche

sono, infatti, delle unità costituite da una rappresentazione di sé, un affetto connesso a un impulso o rappresentativo di esso, e una rappresentazione dell'altro (l'oggetto dell'impulso). Questa unità di sé, altro e affetto che li unisce prende il nome di diade di relazione oggettuale. Kernberg recupera pertanto l'idea fondante delle teorie delle relazioni oggettuali secondo cui le pulsioni freudiane (libido e aggressività) vengono sempre esperite in relazione a un altro significativo: un oggetto. Sintetizzando, l'esperienza, precedendo la strutturazione dell'io, permette di posizionare il punto di vista teorico di Kernberg più a ridosso delle relazioni oggettuali che delle pulsioni (Horner, 1993). Se in formulazioni precedenti, infatti, Kernberg attribuiva ai derivati pulsionali la funzione di fornire colorazione affettiva alle azioni interiorizzate, spiegando così l'esperienza esterna come legata a quella interna, successivamente è stato l'affetto a essere riconosciuto come il determinante della valenza delle rappresentazioni di Sé e dell'oggetto. Il modello freudiano (1915) presuppone infatti la presenza di pulsioni innate che esigono immediata soddisfazione, portando allo sviluppo dell'apparato psichico come soluzione a queste esigenze e facendo sì che le relazioni acquistino un ruolo psicologico in funzione del livello di soddisfazione che garantiscono a tali bisogni, così da definire le pulsioni come la base di tutte le relazioni oggettuali.

Al contrario, il modello di Kernberg (1980) si presenta come un approccio innovativo in quanto, appoggiando il modello strutturale delle relazioni, considera l'uomo sociale per natura, fin dalla nascita in relazione con un oggetto, che precede temporalmente le pulsioni. Nella teoria strutturale ogni settore della mente viene formato dall'esperienza relazionale e le pulsioni hanno solo il ruolo di organizzarla e canalizzarla in future mete motivazionali. L'affetto, sia esso odio o amore, è già indirizzato verso oggetti ed è dunque la forza motivante primaria diretta agli oggetti e dalla quale si sviluppano libido e aggressività. Kernberg integra, nella concettualizzazione dell'eziologia del disturbo, fattori ambientali, ovvero carenze da parte del caregiver nelle prime fasi dello sviluppo, e fattori costituzionali. Secondo l'autore, infatti, gli affetti che colorano le prime esperienze di interazione con l'ambiente hanno una base costituzionale:

“Gli affetti sono componenti istintive del comportamento umano, cioè inclinazioni innate comuni a tutti gli individui della specie umana. Essi emergono durante i primi stadi dello sviluppo e si organizzano gradualmente in pulsioni quando si attivano come parte delle prime relazioni oggettuali. Gli affetti gratificanti – di conferma, piacevoli – vengono integrati come libido in una pulsione sovrastante, mentre gli affetti dolorosi – sgradevoli, negativi – vengono integrati come aggressività.” Kernberg, 1996, p. 115.

È in questo senso che, pur muovendosi nell'ambito della teoria delle relazioni oggettuali, l'autore non rinuncia all'ipotesi pulsionale per spiegare lo sviluppo e i movimenti dinamici che coinvolgono le diadi interiorizzate nella formazione di una struttura di personalità patologica:

“[...] ho immaginato che ci sia ancora bisogno di una teoria delle pulsioni, perché una teoria motivazionale basata soltanto sugli affetti complicherebbe più del necessario l'analisi della relazione di transfert verso gli oggetti dominanti dell'infanzia. Ci sono molteplici affetti, positivi e negativi, verso gli stessi oggetti, e una teoria degli affetti che fondi le motivazioni solo sugli affetti stessi mancherebbe di prendere in considerazione le linee di sviluppo degli impulsi libidici e aggressivi che organizzano la storia delle passate relazioni oggettuali interiorizzate, che siamo arrivati a mettere in luce nel contesto dell'esplorazione psicoanalitica. Credo che questa teoria motivazionale ci permetta di tener conto del concetto di tendenza innata a un'attivazione emotiva inadeguata o eccessiva [...] Questa teoria ci permette ugualmente di considerare gli effetti del dolore fisico, dei traumi psichici e di disturbi gravi nelle relazioni oggettuali precoci, in quanto fattori che contribuiscono a intensificare l'aggressività come pulsione, innescando intense emozioni negative.” Kernberg, 1996, p. 116.

Nel corso dello sviluppo la natura dell'esperienza del bambino tuttavia risulta variabile nei termini di intensità affettiva: si alterneranno pertanto momenti di quiescenza o bassa intensità affettiva, e momenti di alta intensità affettiva determinati dalla presenza di un bisogno, del desiderio del piacere o del desiderio di rifuggire il dolore. Come osserva Kernberg (1992) questi periodi di intensità affettiva apicale sono implicati nella costituzione di strutture di memoria permeate affettivamente:

“Le esperienze affettive apicali possono agevolare l'interiorizzazione di relazioni oggettuali primitive organizzate lungo l'asse di quelle gratificanti, ovvero 'completamente buone', o di quelle ostili, ovvero 'completamente cattive'. In altre parole, l'esperienza del Sé e dell'oggetto quando l'infante è in uno stato affettivo apicale, acquista un'intensità che agevola la formazione di strutture affettive della memoria”. (p.15)

Nei termini di diadi di relazioni oggettuali, le esperienze gratificanti dell'infante coinvolgono un'immagine ideale di un altro perfettamente accudente e di un sé soddisfatto, mentre le esperienze frustranti coinvolgono un'immagine totalmente negativa di un altro deprivante, se non addirittura abusante, e un sé bisognoso e impotente.

Proprio in virtù della natura di tale sistema, un infante il cui caregiver sia generalmente premuroso e accudente può nondimeno interiorizzare immagini di un oggetto sadico e deprivante a causa di esperienze temporanee di frustrazione o deprivazione. In modo analogo, un infante il cui caregiver sia generalmente negligente o abusante potrà comunque avere rare esperienze soddisfacenti che, in combinazione con un desiderio di gratificazione, condurranno a un'immagine interiorizzata di un oggetto amorevole e accudente. Questo porta alla costituzione di un mondo interno infantile in cui sono presenti diadi di relazioni oggettuali caratterizzate da una polarizzazione positivo-negativo. Nel corso dello sviluppo infantile vengono interiorizzate diverse diadi, sulla base di esperienze prototipiche. Le esperienze di picco affettivo sono quelle che più concorrono all'interiorizzazione di rappresentazioni oggettuali; le prime diadi interiorizzate, dunque, saranno organizzate sugli assi della soddisfazione dei bisogni e dell'evitamento del dolore. Il prototipo dell'esperienza di soddisfazione è rappresentato dalla pronta risposta della madre al bambino affamato, mentre il prototipo del dolore e della frustrazione consiste nell'indisponibilità della madre. L'esperienza della soddisfazione contribuirà a formare una diade che coinvolge l'immagine ideale di un Sé soddisfatto e di un oggetto perfettamente rispondente, mentre la frustrazione del bisogno si rifletterà in una diade di segno opposto, caratterizzata da un oggetto deprivante e da un Sé bisognoso e impotente.

Nelle prime fasi dello sviluppo tali rappresentazioni vengono mantenute scisse (si vedano, a questo proposito, le teorizzazioni della Klein rispetto alla posizione schizo-paranoide e i livelli evolutivi della Mahler - in particolare la fase di separazione-individuazione). Con il raggiungimento della costanza dell'oggetto (il rimando è, nuovamente, alle teorizzazioni della Mahler e alla posizione depressiva teorizzata dalla Klein) le rappresentazioni del Sé e dell'oggetto si unificano in un concetto integrato che supporta una visione realistica di Sé e degli altri significativi come caratterizzati tanto da affetti positivi quanto da affetti negativi. Rifacendosi al concetto di posizione schizo-paranoide di Melanie Klein (1946), Kernberg ipotizza che venga messa in atto una separazione attiva dei segmenti idealizzati e persecutori di esperienze affettive apicali: le rappresentazioni interne completamente buone devono essere separate da quelle completamente cattive, per evitare che l'odio connesso a quelle negative possa distruggere le rappresentazioni positive di sé e dell'altro. Questa separazione è il frutto del meccanismo di difesa della scissione, paradigma dei meccanismi di difesa primitivi e meccanismo centrale nella patologia borderline.

Nel bambino che segue uno sviluppo normale si realizza una graduale integrazione di queste rappresentazioni estreme buone e cattive di sé e dell'altro. In termini kleiniani, si verifica il passaggio dalla posizione schizoparanoide alla posizione depressiva: le rappresentazioni interne di sé e dell'altro diventano più complesse e realistiche (ambivalenza) e gli affetti diventano più sfumati e differenziati. Nei bambini che svilupperanno un disturbo borderline di personalità, questo processo di integrazione non si realizza e perdura, invece, quale struttura intrapsichica stabile e patologica, una separazione permanente tra settori idealizzati e persecutori di esperienze affettive apicali. Questa separazione funge da protezione delle rappresentazioni idealizzate (permeate da sentimenti positivi e amorevoli nei confronti dell'oggetto percepito come totalmente gratificante) da quelle negative (associate ad affetti di rabbia e odio verso l'oggetto percepito come pericoloso e persecutorio).

Nel modello di Otto Kernberg assumono un ruolo importante nella spiegazione dell'organizzazione borderline di personalità aspetti temperamentali e cognitivi dello sviluppo: la personalità rappresenta, infatti, l'integrazione di pattern di comportamento che hanno le loro radici nel temperamento, nelle abilità cognitive, nel carattere e nei sistemi di valori interiorizzati (Kernberg & Caligor, 2005).

Il *temperamento* rappresenta una predisposizione, di base costituzionale, a sperimentare specifici pattern di reazione a stimoli interni ed esterni. Questi pattern includono il ritmo, l'intensità e la soglia delle risposte affettive. Le soglie costituzionali per l'attivazione di affetti positivi, piacevoli e gratificanti come anche di affetti negativi e dolorosi rappresentano il più importante elemento di collegamento tra gli aspetti biologici e psicologici della personalità. L'intensità, la tipologia e la gamma di affetti che i bambini mostrano nel corso del loro sviluppo sono molto importanti per comprendere l'organizzazione borderline di personalità (OBP).

I *processi cognitivi* giocano, invece, un ruolo cruciale nella percezione della realtà e nell'organizzazione del comportamento diretto a obiettivi complessi. I processi cognitivi svolgono anche un ruolo centrale nello sviluppo e nella modulazione delle risposte affettive. Le rappresentazioni cognitive degli affetti influenzano le soglie di attivazione di questi ultimi. Questi processi cognitivi sono cruciali nella trasformazione degli stati affettivi primitivi in esperienze emozionali complesse. E' attraverso l'integrazione di apprendimento a partire dai modelli forniti dai caregiver e delle disposizioni temperamentali che si sviluppano le abilità cognitive di regolazione dell'attenzione e di *effortful control*. L'*effortful control* è stato concettualizzato da diversi ricercatori (Ahadi & Rothbart, 1994; Rothbart, Ahadi, & Evans,

2000) come una dimensione auto-regolatoria del temperamento: la capacità di inibire una risposta dominante allo scopo di mettere in atto una risposta subdominante (Posner & Rothbart, 2000; Posner et al., 2002; Rothbart e Bates, 1998). Un individuo dotato di *effortful control* può volontariamente inibire, attivare o spostare l'attenzione e quindi può potenzialmente modificare e modulare lo stato affettivo che ne deriva. Sono disponibili sempre più evidenze a supporto del fatto che l'acquisizione di *effortful control* negli infanti e nei lattanti sia centrale per la regolazione degli affetti e per lo sviluppo delle relazioni e della coscienza sociale (Eisenberg et al., 2004).

Il *carattere* - la manifestazione comportamentale dell'identità - rappresenta l'organizzazione dinamica di pattern di comportamento che sono unici di ogni particolare individuo. Il carattere include il livello di organizzazione dei pattern di comportamento e il grado di flessibilità o rigidità di tali comportamenti nei vari contesti. Lo sviluppo di rappresentazioni di sé si realizza attraverso una specifica sequenza evolutiva, a partire da valutazioni irrealisticamente positive con il pensiero tutto-o-nulla tipico dell'infanzia, alla presenza di valutazioni positive o negative con la capacità di integrare qualità di segno opposto nella tarda infanzia (Harter, 1999).

Infine, importante per organizzare e guidare i pattern di comportamento è anche il sistema dei valori interiorizzati. Questa bussola morale deriva, in termini evolutivi, dall'interiorizzazione delle proibizioni e dei valori genitoriali. In una serie di studi, Kochanska e Knaack (2003) hanno ricostruito lo sviluppo dell'*effortful control* con l'emergere della coscienza. Durante la prima infanzia, l'*effortful control* compare entro i 45 mesi di vita come un attributo di tratto. I bambini con livelli superiori di *effortful control* mostrano uno sviluppo della coscienza più avanzato e minori problemi a livello esternalizzante. Di massimo interesse è che lo sviluppo di un maggiore *effortful control* è correlato a una ridotta intensità degli affetti e questo risultato emerge anche controllando per le difficoltà nella gestione del bambino (Kochanska & Knaack, 2003).

Riassumendo, si delinea il quadro di una traiettoria evolutiva caratterizzata dalla confluenza di *effortful control* e altre capacità di autoregolazione che originano nel contesto di una relazione bambino-*caregiver* accudente, scandita da un ritmo rassicurante e prevedibile. L'interazione del *caregiver* benevolo, empatico e premuroso con il bambino promuove una crescente autoregolazione, il predominio dell'affettività positiva su quella negativa, l'emergere della coscienza e interazioni con i pari sempre più armoniose. Questa traiettoria di sviluppo

normale è compromessa da un ambiente caratterizzato da trascuratezza fisica o emotiva e da abuso fisico o sessuale. In tali casi, il bambino dimostra affettività negativa, scarsa autoregolazione, una frantumazione nel concetto di sé e degli altri e relazioni disturbate con i pari. Per quanto non siano ancora stati condotti studi evolutivi con pazienti borderline, questo quadro emergente appare simile alle manifestazioni adulte dell'organizzazione borderline di personalità con la sua diffusione dell'identità, la predominanza di affettività negativa e le relazioni compresse con gli altri.

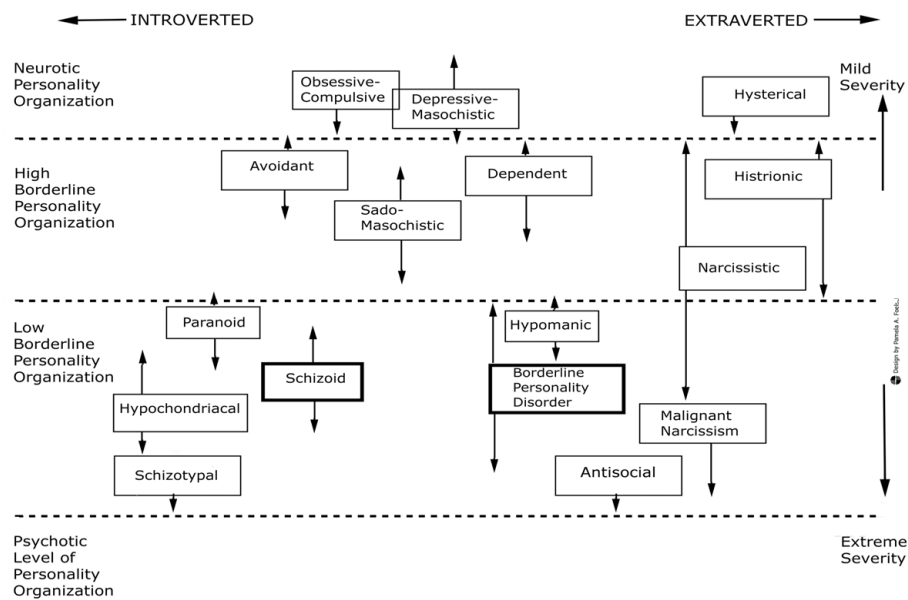
Compatibilmente con la premessa fondamentale che è possibile comprendere la personalità e la sua patologia soltanto esaminando il comportamento osservabile in riferimento all'esperienza soggettiva e alle sottostanti strutture psicologiche, Kernberg e coll. (cfr. 2006) hanno elaborato un modello nosologico psicoanalitico fondato su questi aspetti che integra costrutti categoriali (cioè i disturbi previsti dal DSM-IV-TR) e dimensionali (cioè il grado relativo in cui la vita mentale è pervasa di aggressività e il *continuum* introversione/estroversione) per la comprensione dell'intero dominio della personalità patologica (Fig. 1.1).

Al livello del comportamento osservabile, la patologia di personalità si può manifestare attraverso un'inibizione di comportamenti normali oppure come un'esagerazione di specifici comportamenti oppure ancora attraverso la presenza di oscillazioni tra comportamenti contraddittori. Al livello strutturale, la personalità può essere organizzata o con un senso di sé e degli altri coerente e integrato o senza un tale senso coerente di identità (in quest'ultimo caso si parla di diffusione dell'identità; Kernberg & Caligor, 2005). Considerando il concetto di identità insieme a quelli correlati di meccanismi di difesa, esame di realtà, relazioni oggettuali, aggressività e valori morali, è possibile concettualizzare livelli o gradazioni dell'organizzazione di personalità: procedendo dall'organizzazione sana a quella disfunzionale, tali livelli si disperdono su uno spettro di gravità crescente dalla normalità, all'organizzazione nevrotica a quella borderline.

Per quanto concerne la *personalità normale*, essa è caratterizzata da un concetto integrato del sé e dell'altro significativo. Queste caratteristiche strutturali, chiamate nel loro complesso identità dell'Io (Erikson, 1959; Jacobson, 1964), si riflettono in una sensazione interiore e in un'apparenza esteriore di coerenza con se stessi e sono condizione fondamentale di livelli normali di autostima, soddisfazione, capacità di trarre piacere dal lavoro e dai valori. La visione integrata di sé assicura la capacità di realizzare desideri, aspirazioni e progetti a

lungo termine; la visione integrata dell'altro significativo garantisce la capacità di valutare adeguatamente le persone, provare empatia e agire in modo adeguato. Una visione integrata del sé e degli altri implica la capacità di dipendenza matura, che consiste nell'essere in grado di investire emotivamente sugli altri pur mantenendo un senso consistente di autonomia, così come la capacità di preoccuparsi per gli altri.

Figura 1.1. L'integrazione di aspetti descrittivi e strutturali nella nosografia dei disturbi di personalità secondo il modello di Kernberg



Tratto da Kernberg, Clarkin e Yeomans, 2006

Una seconda caratteristica strutturale della personalità normale è, come accennavamo prima, la disponibilità di un ampio spettro di disposizioni affettive. Nella personalità normale, gli affetti sono complessi e ben modulati, e persino esperienze affettive intense non portano a una perdita del controllo degli impulsi (Kernberg, 1975).

Un terzo aspetto della personalità normale è un sistema di valori interiorizzati integrato e maturo. Sebbene il sistema di valori interiorizzati derivi evolutivamente dalle proibizioni e dai valori genitoriali, nella personalità normale i comportamenti e i valori morali non sono più strettamente correlati alle proibizioni dei genitori. Piuttosto, il sistema maturo di valori interiorizzati associato alla personalità normale è stabile, “depersonalizzato”, relativamente indipendente dalle relazioni con gli altri, e individualizzato. Tale sistema maturo di valori interiorizzati si riflette nel senso di responsabilità personale, nella capacità di autocritica realistica, nell’integrità e nella flessibilità nel trattare gli aspetti etici delle decisioni da prendere, così come nel rispetto delle norme sociali, dei valori e degli ideali.

Un quarto aspetto della personalità normale è la gestione appropriata e soddisfacente delle motivazioni sessuali, aggressive e di dipendenza, che possono essere esperite soggettivamente come bisogni, paure, desideri o impulsi. L’espressione appropriata delle tendenze sessuali, aggressive e di dipendenza è completamente integrata con la normale identità dell’Io. Nella sfera sessuale, osserviamo la capacità di esprimere pienamente i propri bisogni sensuali e sessuali, integrata con la tenerezza e il coinvolgimento emotivo verso la persona amata. Relativamente ai bisogni di dipendenza, la normale integrazione della motivazione di dipendenza si esprime nella capacità di interdipendenza e nel piacere di assumere i ruoli alternativi di colui che si prende e che riceve le cure. Infine, una struttura normale di personalità include la capacità di sublimare con successo gli impulsi aggressivi in espressioni di sana assertività, nell’affrontare gli attacchi senza reazioni eccessive, nella capacità di reagire proteggendosi e nell’evitare di rivolgere l’aggressività contro il sé.

Il livello successivo dei disturbi di personalità, l’organizzazione di personalità nevrotica, è caratterizzato da un normale consolidamento dell’identità, dalla predominanza delle difese basate sulla rimozione e da un esame di realtà stabile. Il paziente ha un Super-io relativamente ben integrato, ma severo e punitivo. I precursori del suo Super-io sono determinati da impulsi sadici, che sfociano in un Super-io rigido, perfezionista. Anche il suo Io è ben integrato, poiché sono saldamente instaurati l’identità dell’Io (Erikson, 1959) e le sue componenti connesse, uno stabile concetto del Sé (Jacobson, 1964) e uno stabile mondo rappresentativo (Sandler & Rosenblatt, 1962). Le eccessive operazioni difensive contro i conflitti inconsci sono appunto incentrate sulla rimozione; le difese sono prevalentemente di natura inibitoria o fobica, oppure sono formazioni reattive contro bisogni pulsionali rimossi. Questo livello di organizzazione psicologica si associa alla capacità di relazioni profonde e amorevoli con gli altri; il soggetto è capace di sperimentare colpa, lutto e un’ampia varietà di reazioni affettive (Winnicott, 1955), è

presente inoltre un sistema completamente integrato di valori interiorizzati. L'organizzazione di personalità nevrotica garantisce buone capacità di tolleranza dell'ansia, controllo degli impulsi, efficacia e creatività lavorativa, amore sessuale e intimità emotiva – questi ultimi disturbati unicamente da sentimenti di colpa inconsci riflessi da modelli patologici specifici in interazione, in relazione all'intimità sessuale. L'organizzazione di personalità nevrotica include la personalità isterica, la personalità depressivo-masochistica, la personalità ossessiva e molte delle personalità evitanti – il “carattere fobico” della letteratura psicoanalitica.

Tale livello di organizzazione della personalità si distingue da quella normale soprattutto sulla base della rigidità del carattere.

Il livello borderline di organizzazione della personalità include, invece, sia specifici disturbi di personalità previsti dalla classificazione DSM-IV-TR (disturbo borderline, schizoide, schizotipico, paranoide, istrionico, narcisistico, antisociale e dipendente), sia altri disturbi di personalità non specificamente menzionati nel DSM-IV-TR (disturbo ipomanico, sadomasochistico, ipocondriasi e sindrome del narcisismo maligno) (Kernberg & Caligor, 2005).

Elementi costitutivi dell'organizzazione borderline di personalità sono la diffusione dell'identità, l'uso di difese primitive, un esame di realtà generalmente integro seppur fragile, una compromissione nella regolazione degli affetti e nell'espressione dell'aggressività e della sessualità, valori interiorizzati inconsistenti e relazioni con gli altri qualitativamente scadenti.

Riprendendo quanto osservato prima, la struttura patologica dell'organizzazione borderline di personalità consiste in un'assenza di integrazione dei frammenti primitivi positivi (idealizzati) e negativi (persecutori) delle relazioni oggettuali precoci che si sono sedimentati come tracce mnestiche nel corso delle intense esperienze affettive dei primi anni di vita. Questa mancanza di integrazione interna costituisce la sindrome della diffusione dell'identità – l'opposto, si potrebbe dire, di un'identità e un senso di sé normali. Questa sindrome, che è al cuore dell'organizzazione borderline di personalità, è caratterizzata dall'assenza di un concetto integrato di sé e di un concetto integrato degli altri significativi, dovuta anche all'uso massiccio della scissione come meccanismo di difesa. Da un punto di vista clinico, la mancanza di integrazione di queste rappresentazioni interne di sé e degli altri diviene evidente nelle descrizioni non riflessive, contraddittorie e caotiche di sé e degli altri e nell'incapacità di integrare o perfino di essere consapevole di tali contraddizioni. Questa mancanza di integrazione ha un impatto fondamentale sull'esperienza dell'individuo nel mondo.

I correlati comportamentali di questa struttura psichica al limite includono labilità emotiva, rabbia, caos nelle relazioni interpersonali, comportamenti impulsivi auto-distruttivi e vulnerabilità a scompensi nel test di realtà (cioè il tipo di sintomi descritti nel DSM-IV-TR). Una tipica manifestazione specifica di questa identità diffusa e frammentata è l'oscillazione tra una remissiva impotenza e un'aggressività rabbiosa e tirannica rivolta a se stessi o agli altri.

Il sistema di classificazione presentato da Kernberg combina concetti strutturali e concetti evolutivi dell'apparato psichico, basati su una teoria delle relazioni oggettuali interiorizzate. I disturbi di personalità sono organizzati prima di tutto e in primo luogo in base alla gravità della patologia, il che riflette la presenza o l'assenza –e anche la gravità- della diffusione di identità. Nel modello di Kernberg, il livello di organizzazione della personalità è il più potente predittore primario della prognosi e guida le scelte terapeutiche. L'analisi combinata di esame di realtà, identità, livello predominante delle operazioni difensive, sistema di valori interiorizzato, qualità delle relazioni oggettuali, e grado di integrazione e organizzazione delle strutture motivazionali, così come la loro accessibilità alla coscienza, permette di caratterizzare la gravità della psicopatologia.

1.2.2 La valutazione della struttura di personalità

La letteratura a cui si è fatto riferimento fino a questo momento non rappresenta semplicemente un'evoluzione teorica dai modelli categoriali a quelli dimensionali, ma richiama in scena il principio dell'utilità clinica, mettendo in evidenza i vantaggi riscontrati a livello pratico nell'attività di psichiatri, psicologi e operatori nell'ambito della salute mentale che fanno uso di questi nuovi dati provenienti dalla ricerca (Lowe & Widiger, 2009). Se la diagnosi descrittiva si fonda sull'indagine dei criteri sintomatologici necessari per la definizione della patologia, la diagnosi strutturale orienta il colloquio verso l'approfondimento di aree lasciate inesplorate dal precedente sistema classificatorio, ovvero permette di fornire informazioni sulla motivazione del paziente, sulla sua capacità di introspezione e collaborazione, sulla possibilità che si verifichino manifestazioni di incapacità del controllo degli impulsi che sono utili per le indicazioni prognostiche e per il trattamento.

Parlare di valutazione della personalità nella prospettiva di Kernberg significa, dunque, considerare sia gli aspetti descrittivi della patologia che l'esame delle caratteristiche strutturali

della personalità del paziente, ovvero di quelle modalità di funzionamento intrapsichico specifiche e stabili nel tempo che influenzano la vita e le relazioni del soggetto con struttura di personalità borderline.

“Ritengo che una migliore conoscenza delle caratteristiche strutturali intrapsichiche dei pazienti con un’organizzazione della personalità al limite, insieme con gli elementi che scaturiscono dalla diagnosi descrittiva, possa contribuire in modo sostanziale all’esattezza delle nostre diagnosi. [...] una diagnosi strutturale [...] presenta indubbiamente alcuni vantaggi, in particolare quando si tratta di pazienti che non è facile collocare all’interno di una delle due principali suddivisioni, le nevrosi, da un lato, e le psicosi, dall’altro.” Kernberg, 1984, p. 15.

Come abbiamo visto, Kernberg ha proposto una classificazione dei disturbi di personalità che comprende tre diverse organizzazioni - psicotica, borderline e nevrotica - sulla base di tre criteri differenziali: livello di maturità difensiva, esame di realtà, integrazione dell’identità. L’organizzazione nevrotica è caratterizzata, secondo l’autore, da un’identità integrata, meccanismi di difesa più evoluti, come la rimozione e altri meccanismi correlati (intellettualizzazione, isolamento affettivo, annullamento retroattivo, ecc.) e un buon contatto con la realtà esterna. L’organizzazione psicotica (la più grave) è caratterizzata da una diffusione dell’identità, dal predominio di operazioni difensive primitive e da una perdita dell’esame di realtà. L’organizzazione borderline, infine, è caratterizzata, secondo l’autore, da una diffusione dell’identità, in un quadro di sostanziale conservazione dell’esame di realtà, e dall’utilizzo prevalente di meccanismi di difesa primitivi (in particolare scissione, identificazione proiettiva e diniego).

L’intervista strutturale (Kernberg, 1984) è un metodo di valutazione clinica che focalizza l’attenzione sulla sintomatologia presente e passata, sull’organizzazione di personalità, sulla qualità dell’interazione con il terapeuta nell’*hic et nunc* e sulla storia personale e familiare del paziente. Attraverso la focalizzazione sui principali nodi conflittuali espressi dal paziente e la valutazione delle difese, del conflitto circa l’identità e dell’esame di realtà si cerca di far emergere, nel qui e ora della relazione, la struttura di personalità predominante del paziente. La finalità dell’intervista strutturale, infatti, è quella della formulazione di una diagnosi strutturale, che consideri, oltre alle manifestazioni sintomatologiche, quelle caratteristiche della struttura di personalità che consentono di operare una diagnosi differenziale tra struttura nevrotica, borderline e psicotica.

Kernberg parte dall'assunto che il clinico, mettendo a fuoco i principali conflitti, creerà una tensione sufficiente a far emergere e diagnosticare queste caratteristiche strutturali. A tal fine l'autore ha messo a punto una tecnica che al tradizionale esame dello stato mentale unisce un colloquio di tipo psicoanalitico, incentrato sull'interazione fra paziente e terapeuta e sulla chiarificazione, la messa a confronto e l'interpretazione dei conflitti di identità, dei meccanismi difensivi e del grado di distorsione della realtà che il paziente manifesta in questa interazione, soprattutto in quanto tali elementi sono individuabili all'interno della traslazione. La chiarificazione consiste nell'esplorazione, insieme con il paziente, di tutti gli elementi delle informazioni da lui fornite che sono vaghi, poco chiari, sconcertanti, contraddittori o incompleti. La chiarificazione mira a evocare materiale conscio e preconsciouso, senza sollevare quesiti. Alla fine, è il paziente stesso che chiarisce il proprio comportamento, la propria esperienza intrapsichica, presentando così i limiti attuali della sua consapevolezza di sé conscia e preconsciousa. Con la messa a confronto, la seconda tecnica utilizzata nel colloquio, si fanno rilevare al paziente aree di informazione che sembrano contraddittorie o incongruenti, ovvero, si mettono in luce quegli aspetti dell'interazione che sembrano indicare la presenza di un funzionamento conflittuale, e quindi la presenza di operazioni difensive, di rappresentazioni del Sé e dell'oggetto contraddittorie e di una diminuita consapevolezza della realtà. La messa a confronto richiede di mettere insieme il materiale conscio e preconsciouso che il paziente ha presentato o sperimentato separatamente. L'intervistatore, inoltre, esprime la possibilità che il significato di questo comportamento sia in relazione con le attuali condizioni del paziente. Perciò si esplorano nel paziente la capacità di esaminare le cose da una diversa angolazione, senza il rischio di ulteriore regressione, le relazioni interne fra i diversi problemi emersi e in particolare l'integrazione del concetto del Sé e degli altri. Infine, l'interpretazione collega il materiale conscio e preconsciouso con funzioni o motivazioni inconsce attuali, presunte o ipotizzate. Vengono esplorate le origini conflittuali della dissociazione degli stati dell'Io (rappresentazioni scisse del Sé e dell'oggetto), la natura e le motivazioni delle operazioni difensive attivate e l'abbandono difensivo dell'esame di realtà. L'interpretazione, in altri termini, mette a fuoco le angosce e i conflitti profondi che sono stati attivati.

Il colloquio strutturale, fondato sulla messa a confronto con le difese e sulla loro interpretazione, sui conflitti di identità, sull'esame di realtà o sulle distorsioni delle relazioni oggettuali interiorizzate e sui conflitti affettivi e cognitivi, sottopone il paziente a una certa quantità di stress. Il clinico cerca di far emergere la patologia presente nell'organizzazione delle funzioni dell'Io, in modo tale da ottenere informazioni riguardo alla struttura della sua

malattia. Il metodo descritto non è però, assolutamente, un tradizionale colloquio “stressante”, che cerca di indurre artificialmente nel paziente angosce o conflitti. Al contrario, la chiarificazione della realtà, necessaria per gran parte della messa a confronto iniziale, richiede grande delicatezza, e denota rispetto e sollecitudine per la realtà emotiva del paziente, un impegno sincero e non quella che può talvolta essere una tolleranza indifferente o “superiore” di ciò che è inappropriato.

Il colloquio diagnostico strutturale non solo consente di perfezionare la diagnosi differenziale, ma fornisce anche informazioni importanti ai fini della prognosi e della terapia. Rivela la motivazione del paziente, la sua capacità di introspezione e collaborazione nel trattamento psicoterapeutico; ci dà indicazioni sulla possibilità che si verifichino passaggi all’atto o scompensi psicotici.

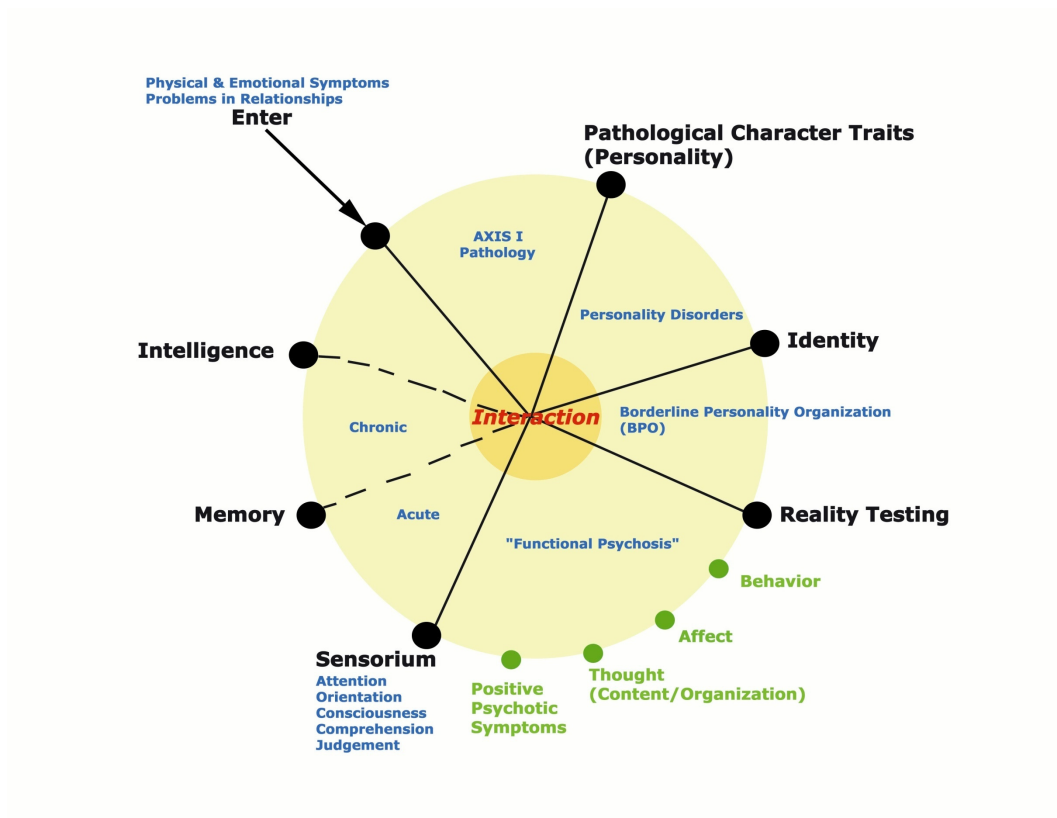
Secondo le indicazioni di Kernberg, il colloquio strutturale comincia con un’anamnesi classica. Per prima cosa, infatti, l’intervistatore chiede al paziente di riassumere in breve i motivi per cui ha intrapreso il trattamento, le sue aspettative al riguardo e la natura dei suoi sintomi, problemi o difficoltà predominanti. È importante iniziare l’indagine approfondendo il motivo della consultazione, dando al paziente la possibilità di parlare dei propri sintomi e verificare, indirettamente, se è consapevole del suo disturbo e cosa si aspetta dalla terapia. Questo rappresenta una prima indagine dell’esame di realtà in quanto risposte coerenti, non tangenziali o bizzarre, sono indicatori di una buona consapevolezza rispetto al proprio stato di salute. Mentre lo schema di indagine successivo alle domande iniziali può variare secondo i diversi orientamenti (Stone, 1980), Kernberg preferisce far seguire all’inchiesta iniziale una ricerca sistematica, passando in rassegna il ciclo dei “sintomi chiave” dei principali tipi di psicopatologia. Completata questa indagine, l’intervistatore si concentra sui sintomi significativi che ne sono emersi, esplorandoli man mano che appaiono nell’interazione attuale del colloquio; seguono la chiarificazione, la messa a confronto e l’interpretazione in via sperimentale; si deve prestare la massima attenzione alle reazioni del paziente a questi interventi. La capacità del paziente di provare empatia per l’indagine del clinico, di chiarire ulteriormente questioni riguardanti la sua identità dell’Io, le sue relazioni oggettuali, la sua capacità di esame di realtà e le sue attuali configurazioni di impulso-difesa, fornisce indizi riguardo alla sua capacità di introspezione. La diagnosi strutturale dipende in misura rilevante da come il paziente gestisce le fasi di chiarificazione, messa a confronto e interpretazione.

Quando le caratteristiche delle risposte alla prima fase dell'inchiesta non portano a ipotizzare un deficit organico delle funzioni cognitive, sono state ottenute le informazioni necessarie per l'area nevrotica, dove il livello cognitivo è preservato e si può procedere verso l'indagine del carattere e dell'eventuale presenza di patologia. Per introdurre questo passaggio il clinico va a indagare le rappresentazioni che il soggetto ha di Sé e dell'altro e, se tale compito non mette il paziente in difficoltà, a meno che ci siano delle ragioni culturali, permette di escludere sindromi cerebrali organiche e psicosi, che richiederebbero, se fossero presenti, un ulteriore approfondimento su deliri e allucinazioni. Nel caso in cui questo compito susciti l'utilizzo di difese arcaiche per il ritorno di una relazione oggettuale regressiva sarà utile invece indagare il livello di dispersione dell'identità, tipico dei soggetti borderline. Riassumendo le fasi iniziali del colloquio, si può evidenziare quindi come, chiedendo chiarificazioni ed effettuando messe a confronto e interpretazioni rispetto ai disturbi nell'interazione, si accerti l'esame di realtà, passo prioritario per escludere i disturbi psicotici e passare all'indagine dell'identità e dei disturbi relazionali che differenziano la patologia caratteriale al limite da quella che non lo è. Non sempre, tuttavia, la dispersione dell'identità si manifesta in maniera eclatante; il disturbo narcisistico di personalità, infatti, ha un concetto di Sé integrato, seppur grandioso e patologico, motivo per cui nel colloquio è più difficile da diagnosticare, se non grazie alla descrizione che il paziente fornisce delle sue relazioni con gli altri, indicatore pronostico negativo se associato anche a tratti antisociali (Kernberg, 1984). Alla fine del colloquio il clinico si troverà dunque ad avere nella mente un modello di come il paziente rappresenta sé e gli altri, dell'affetto che li lega, del contenuto del pensiero e del comportamento che permettono di orientare il trattamento su aree specifiche in cui è presente la patologia che compromette il vivere quotidiano.

Al tradizionale approccio anamnestico e all'esame dello stato mentale, dunque, il colloquio diagnostico strutturale, affianca la valutazione, da un punto di vista psicoanalitico, dell'interazione paziente-intervistatore, e impiega una tecnica psicoanalitica per interpretare i problemi conflittuali e le loro operazioni difensive emersi in questa interazione, al fine di mettere in luce contemporaneamente i classici sintomi chiave della psicopatologia descrittiva e la sottostante struttura della personalità. Una caratteristica significativa del metodo proposto da Kernberg per il colloquio diagnostico strutturale è la sua natura ciclica. Il modello dei sintomi chiave, collocati sul perimetro di un cerchio (Fig. 1.2), consente all'intervistatore, man mano che procede da uno dei sintomi principali a quello successivo, di ritornare infine al punto iniziale e avviare un nuovo ciclo di indagine. "Ripercorrere il ciclo" lungo il perimetro dei

sintomi chiave consente al clinico di tornare, ogniqualvolta sia necessario, sul medesimo problema in contesti diversi, e di verificare di nuovo, in fasi successive del colloquio, quanto era emerso all'inizio.

Figura 1.2. Il modello circolare dei sintomi chiave



Tratto da Kernberg, 1984

2. VALIDAZIONE DELLA VERSIONE ITALIANA DELL'*INVENTORY OF PERSONALITY ORGANIZATION* (IPO)

2.1 INTRODUZIONE

2.1.1 Origini e caratteristiche dell'*Inventory of Personality Organization* (IPO)

Nel corso degli ultimi decenni l'utilizzo dei self-report si è sempre più affermato nell'ambito dell'*assessment* in psicologia clinica. Lo sviluppo e la diffusione di tale tipo di approccio alla valutazione clinica risponde alla necessità di strumenti di valutazione della psicopatologia che, oltre a essere rigorosi dal punto di vista metodologico, siano anche di rapida somministrazione e forniscano indici quantitativi che permettano di riferirsi a valori quantificabili e confrontabili, al fine di indagare differenti aspetti ed eventualmente monitorarne il cambiamento (Myers & Winters, 2002). A partire da questo presupposto deriva dunque l'impegno di clinici e ricercatori al fine di operationalizzare in maniera efficace ed empiricamente fondata le variabili oggetto di interesse clinico, in modo da ottemperare sia alla necessità di poter disporre di misure che si riferiscano a concetti teorici ben precisi che al vincolo – imprescindibile ai fini della ricerca scientifica – che misure siffatte trovino un riscontro empirico nei dati reali.

Nel campo della valutazione della struttura di personalità (si veda il par. 1.2.2) è tradizionalmente stato prioritario il ricorso a metodi di indagine fondati sul colloquio clinico. I concetti chiave nella valutazione della personalità nei suoi aspetti strutturali, infatti, sono radicati nell'ambito della teoria psicoanalitica. Considerata l'avversione in ambito psicoanalitico per l'etichetta diagnostica, che spesso è giunta a ricomprendere non solo tale etichetta ma l'intero processo diagnostico, non è difficile immaginare come sia stato per diversi anni difficile introdurre qualche aspetto codificato nella valutazione degli aspetti utili a raccogliere informazioni circa la struttura di personalità del paziente.

Kernberg (1984) ha sviluppato un modello di intervista clinica atto alla valutazione dei criteri strutturali fondanti la diagnosi dell'organizzazione di personalità (si veda il par. 1.2.2). Negli ultimi anni, tuttavia, sono state sviluppate alcune metodologie alternative al colloquio strutturale. Innanzitutto, è stata sviluppata – a partire dal colloquio strutturale – un'intervista strutturata per la valutazione dell'organizzazione di personalità (Stern et al., 2010) (questo strumento sarà oggetto dello studio presentato nel prossimo capitolo). Sono state inoltre sviluppate scale di valutazione compilate dal clinico (Hébert et al., 2003; Gamache et al., 2009). Infine, sono stati creati questionari autosomministrati per la valutazione della struttura di personalità (Leichsenring, 1999; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001).

Considerando in modo comparativo i diversi metodi sviluppati per la valutazione dell'organizzazione di personalità, i questionari autosomministrati sono senza dubbio lo strumento più economico e semplice da utilizzare. Per questo motivo, gli autosomministrati spesso sono di primaria importanza nella ricerca volta a validare differenti aspetti delle diverse teorie cliniche; le ricerche che hanno questi obiettivi, infatti, spesso richiedono il ricorso ad ampi campioni. È inoltre riconosciuta l'utilità dell'uso di questionari autosomministrati congiunto a quello di interviste cliniche per la diagnosi di disturbi di personalità (Hopwood et al., 2008; Pilkonis, Heape, Ruddy, & Serrao, 1991).

L'*Inventory of Personality Organization* deriva da un pool di item inizialmente ideato da Kernberg e collaboratori (Oldham et al., 1985) al fine di valutare le caratteristiche dell'organizzazione della personalità. La costruzione di tale strumento si inseriva in un progetto di sviluppo di prospettive diagnostiche alternative al sistema categoriale tradizionale, guidate da teorie e fondate su un profilo continuo della patologia, secondo diversi livelli di gravità. Gli item avevano lo scopo di indagare gli aspetti rilevanti dell'organizzazione di personalità secondo il modello sviluppato da Kernberg (1984), ed erano dunque suddivisi in sottoscale relative ai tre aspetti centrali della struttura di personalità, ovvero la diffusione dell'identità, l'uso di meccanismi di difesa primitivi e i problemi nell'esame di realtà. Una prima valutazione psicometrica di questo pool di item consentì agli autori di concludere che queste tre dimensioni permettevano di differenziare un campione non clinico e uno di pazienti psichiatrici e, all'interno del campione di pazienti psichiatrici, tra diagnosi di area nevrotica, borderline e psicotica (Oldham et al., 1985). A partire da questo primo studio, lo strumento è stato rifinito e sono state aggiunte scale secondarie per la valutazione di altri importanti aspetti del funzionamento della personalità, quali l'aggressività e i valori morali. La versione attualmente

disponibile in lingua inglese (Lenzenweger et al., 2001) è costituita da 83 item, che valutano, oltre alle tre dimensioni cardine (57 item) anche aggressività e valori morali.

I criteri strutturali per la diagnosi dell'organizzazione di personalità sono già stati illustrati nel par. 1.2.1. Riprendiamo qui, a scopo esplicativo, una breve definizione dei tre domini primari dell'IPO: diffusione dell'identità, meccanismi di difesa primitivi ed esame di realtà (Kernberg & Caligor, 2005). La diffusione dell'identità si riferisce all'assenza di un'immagine integrata di Sé e degli altri significativi, sia in senso sincronico che diacronico. Le difese primitive indicano le modalità disadattive messe in atto dagli individui in risposta a *stressor* esterni o a conflitti intrapsichici. Caratteristiche modalità difensive primitive utilizzate dai soggetti organizzati a livello borderline sono l'identificazione proiettiva, la proiezione, il diniego e la scissione. L'esame di realtà si riferisce alla capacità dell'individuo di valutare correttamente le differenze tra mondo interno e realtà esterna, tra realtà e fantasia e di riuscire a distinguere la propria percezione soggettiva e gli eventi in sé. Quando l'esame di realtà è totalmente compromesso ci si trova di fronte alla disorganizzazione psicotica del pensiero e del comportamento dell'individuo (Kernberg & Caligor, 2005).

Oltre alla versione originale in lingua inglese (Lenzenweger et al., 2001), l'IPO è attualmente disponibile in diverse versioni linguistiche. Igarashi e coll. (Igarashi et al., 2009), hanno sviluppato una versione abbreviata in lingua giapponese dello strumento che comprende sia le tre dimensioni principali che le scale relative ad aggressività e valori morali. Per quanto riguarda la lingua francese, Normandin e coll. (Normandin et al., 2002), hanno sviluppato una forma abbreviata dello strumento che ha mostrato di conformarsi alla struttura teorica in un ampio campione canadese. Sono due le versioni in lingua olandese dell'IPO: Berghuis e coll. (Berghuis, Kamphuis, Boedijn, & Verheul, 2009) hanno sviluppato una forma completa dello strumento, mentre Smits e coll. (Smits, Vermote, Claes, & Vertommen, 2009), in maniera indipendente, hanno costruito una versione abbreviata del questionario.

Per quanto riguarda le applicazioni, a partire dal suo sviluppo l'IPO è stato utilizzato in diverse ricerche per indagare le relazioni tra l'organizzazione di personalità, la psicopatologia e la personalità patologica. Hoermann, Clarkin, Hull, e Levy (2005) hanno ad esempio rilevato, in un campione di pazienti con disturbo borderline di personalità, differenze nella dimensione temperamentale dell'*effortful control* correlate a differenze nei punteggi dell'IPO relativi a diffusione dell'identità e difese primitive. Per quanto riguarda gli aspetti psicopatologici, Vermote e coll. (Vermote et al., 2009) hanno trovato, in un campione clinico, correlazioni tra i

punteggi dell'IPO e sintomi di autoferimento, ansia, depressione e rabbia. Rispetto ai disturbi di personalità, alcune ricerche hanno rilevato l'efficacia dell'IPO nel differenziare pazienti con disturbo borderline di personalità e disturbo depressivo maggiore (Walter et al., 2009). L'IPO si è dimostrato sensibile anche nel discriminare tra soggetti con o senza una diagnosi di disturbo di personalità (Kraus, Dammann, Rothgordt, & Berner, 2004). L'IPO è stato infine utilizzato come misura di outcome per valutare il grado di cambiamento nella struttura di personalità in studi clinici randomizzati controllati per la valutazione dell'efficacia di diverse psicoterapie per pazienti con disturbo borderline di personalità (Arntz & Bernstein, 2006; Giesen-Bloo et al., 2006).

2.1.2 Proprietà psicometriche

Struttura fattoriale e coerenza interna

Lenzenweger e coll. (Lenzenweger et al., 2001) hanno condotto il primo studio volto a valutare le proprietà psicometriche delle tre scale primarie della versione originale in lingua inglese dell'IPO, somministrando gli item dell'IPO a un campione non clinico di 249 studenti universitari. Gli autori hanno utilizzato tecniche di analisi fattoriale confermativa (CFA) per testare comparativamente la bontà di adattamento di un modello a tre fattori (diffusione dell'identità, difese primitive ed esame di realtà) paragonato a un modello a due fattori (nel quale le dimensioni diffusione dell'identità e difese primitive venivano collassate in un unico fattore). Essendo la differenza tra gli indici di fit minima, gli autori hanno concluso che il modello a due fattori rappresenta un miglior equilibrio tra adattamento e parsimoniosità. A conferma di quanto riportato nello studio preliminare di Foelsch e coll. (*unpublished manuscript*), comunque, le tre dimensioni teoriche dell'IPO hanno registrato buoni valori di consistenza interna, riportando i seguenti valori del coefficiente α di Cronbach: $\alpha=.88$ per la diffusione di identità, $\alpha=.88$ per l'esame di realtà e $\alpha=.81$ per le difese primitive.

Un recente studio sulla versione originale inglese dell'IPO (Ellison & Levy, 2011) ha messo in discussione i risultati ottenuti da Lenzenweger e coll. (2001) rispetto alla dimensionalità dello strumento. Ellison e Levy (2011), mettendo in luce alcune criticità dello studio originale (ad esempio, l'ampiezza del campione), si sono proposti di replicare la verifica della dimensionalità dello strumento attraverso un approccio esplorativo, utilizzando, in

particolare, la tecnica dei modelli di equazioni strutturali esplorativi (ESEM, Asparouhov & Muthén, 2009; Marsh et al., 2009). Gli autori hanno dunque somministrato gli item dell'IPO a un ampio campione di studenti universitari (n=1459). Il modello esplorativo che meglio si adatta ai dati risulta composto da 4 fattori. Il primo fattore, denominato *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri*, è composto da 32 item che valutano l'instabilità del sé (ad esempio, *“Mi vedo in modi totalmente diversi in momenti diversi”*) e delle relazioni interpersonali (ad esempio, *“Temo che le persone che sono importanti per me all'improvviso cambino i loro sentimenti nei miei confronti”*). Il secondo fattore, denominato *Instabilità degli obiettivi* è composto da 2 soli item che valutano la tendenza del soggetto a percepire in modo instabile gli obiettivi a lungo termine (ad esempio, *“I miei obiettivi a lungo termine cambiano frequentemente di anno in anno”*). Il terzo fattore, *Psicosi*, è composto da 12 item che descrivono esperienze di tipo psicotico, quali disturbi o distorsioni del pensiero e della percezione (ad esempio, *“Non sono sicuro se una voce che ho sentito, o qualcosa che ho visto siano frutto della mia immaginazione o no”*). Infine, il quarto fattore, *Instabilità dei comportamenti*, è composto da 8 item relativi a impulsività e instabilità comportamentale (ad es., *“Agisco in modi che agli altri appaiono imprevedibili o incostanti”*).

Oltre alla versione originale in lingua inglese, l'IPO è stato tradotto in diverse lingue e le sue proprietà psicometriche sono state indagate in diversi studi indipendenti.

Igarashi e coll. (2009) hanno sviluppato e validato una versione ridotta dello strumento, che ha previsto l'eliminazione di circa il 40 % degli item. Gli autori hanno somministrato gli item dell'IPO relativi alle tre scale primarie e quelli relativi alle dimensioni aggressività (18 item) e valori morali (8 item) a un campione non clinico di studenti universitari (n=701). Suddividendo a metà il campione gli autori hanno condotto prima un'analisi fattoriale esplorativa (EFA) e poi una CFA. Le analisi hanno portato alla conferma della struttura a tre fattori per le scale primarie, oltre che dei due fattori aggiuntivi.

Nella traduzione francese (Normandin et al., 2002), l'IPO è stato somministrato a un campione di studenti universitari e di soggetti estratti dalla popolazione generale (n=845). L'analisi fattoriale confermativa degli item relativi alle tre dimensioni primarie ha riportato risultati soddisfacenti. Pertanto, anche nella versione francese, è stata confermata la tridimensionalità dello strumento. La coerenza interna dei tre fattori è risultata accettabile, con valori del coefficiente α di Cronbach compresi tra $\alpha=.64$ e $\alpha=.79$.

Le proprietà psicometriche della versione in lingua olandese dell'IPO sono state valutate da due gruppi di ricerca indipendenti. Berghuis e coll. (Berghuis et al., 2009) hanno somministrato l'IPO (sia le tre dimensioni primarie che i due fattori aggiuntivi) a un campione non clinico (n=181) e a un campione di pazienti psichiatrici (n=371). Attraverso un'EFA di tutti gli item gli autori non hanno replicato la soluzione teorica. È emersa, invece, una struttura a quattro fattori. Il primo fattore, che è composto da 52 degli 82 item totali, è interpretato come dimensione generale di patologia della personalità. I rimanenti tre fattori riguardano, invece, l'esame di realtà, l'aggressività e il sadismo. Ciononostante, un'analisi preliminare della coerenza interna delle dimensioni teoriche dell'IPO ha riportato risultati soddisfacenti: $\alpha=.93$ per la diffusione dell'identità, $\alpha=.91$ per le difese primitive e $\alpha=.91$ per l'esame di realtà.

Il secondo studio relativo alla traduzione olandese dell'IPO è quello di Smits e coll. (Smits et al., 2009), realizzato somministrando a un campione non clinico di 411 studenti universitari e a un campione di 176 pazienti psichiatrici ricoverati i 57 item relativi alle tre dimensioni principali dell'IPO. Gli autori hanno poi proceduto a testare comparativamente attraverso CFA tre diverse strutture dimensionali: una struttura monodimensionale, la struttura a due fattori in cui diffusione dell'identità e difese primitive formano un unico fattore e la struttura teorica originale a tre fattori. Analogamente a quanto rilevato da Lenzenweger e coll. (2001), gli autori hanno trovato che sia la soluzione a tre fattori che quella a due presenta indici di fit adeguati, ma che la soluzione a due fattori è più parsimoniosa. A partire da tale risultato, gli autori hanno sviluppato una versione a due fattori abbreviata e l'hanno poi somministrata anche al campione psichiatrico, dimostrando l'invarianza della struttura fattoriale tra i due campioni. Anche i risultati relativi alla consistenza interna sono soddisfacenti: la dimensione diffusione dell'identità/difese primitive ha riportato valori di $\alpha=.90$ sia nel campione non clinico che nel campione di pazienti psichiatrici, mentre la dimensione esame di realtà valori di $\alpha=.85$ nel campione non clinico e $\alpha=.83$ nel campione clinico.

Attendibilità test-retest

Nello studio preliminare di Foelsch e coll. (*unpublished manuscript*), la somministrazione dell'IPO a un campione di pazienti ripetuta dopo un breve intervallo di tempo ha permesso di registrare risultati positivi per l'attendibilità test-retest a breve termine dello strumento: $r=.83$ per la diffusione d'identità, $r=.80$ per l'esame di realtà e $r=.81$ per le difese primitive.

Anche Lenzenweger e coll. (2001) hanno valutato la stabilità dei risultati ottenuti attraverso la somministrazione dell'IPO. Gli autori hanno risomministrato il questionario a distanza di quattro settimane, dimostrando la stabilità nel tempo dei punteggi delle tre sottoscale: $r=.73$ per l'esame di realtà, $r=.78$ per la diffusione dell'identità e $r=.72$ per le difese primitive.

Gli autori della versione francese dello strumento (Normandin et al., 2002), somministrando lo strumento a distanza di 21-37 giorni su un campione di 98 soggetti, hanno rilevato coefficienti di correlazione compresi tra .60 e .78.

Anche nella versione olandese dell'IPO (Berghuis et al., 2009) è stata infine confermata l'attendibilità test-retest nell'arco temporale di un mese su sottogruppi di soggetti clinici ($n=14$) e di controllo ($n=62$). Considerando le tre scale principali, emergono valori eccellenti di stabilità test-retest: $r=.86$ per il fattore diffusione dell'identità, $r=.82$ per il fattore difese primitive, $r=.85$ per il fattore esame di realtà.

Associazioni con misure esterne

Nei vari studi sopra presentati l'IPO ha dimostrato anche di ottenere correlazioni appropriate con altre misure relative a tratti patologici di personalità e sintomi psichiatrici.

Nello studio di Lenzenweger e coll. (2001) le tre dimensioni dell'IPO hanno mostrato correlazioni significative con misure di affetti negativi (PANAS, *Positive and Negative Affect Measure*, Watson, Clark, & Tellegen, 1988) e con indici di discontrollo dell'aggressività (*Buss-Durke Inventory*, Buss & Durke, 1957). In un secondo studio, gli autori hanno inoltre dimostrato la relazione tra la dimensione esame di realtà e alcune misure criterio, ovvero delle scale di valutazione della schizotipia (*Perceptual Aberration Scale*, Chapman, Chapman & Raulin, 1978; *Magical Ideation Scale*, Eckblad & Chapman, 1983; *Referential Thinking Scale*, Lenzenweger,

Bennett & Lilenfeld, 1997). Gli autori hanno dimostrato, inoltre, la mancanza di correlazione tra la dimensione diffusione dell'identità e alcune misure della coerenza del sé (*Self Monitoring Scale*, Snyder, 1974; *Self Consciousness Scale*, Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975). Gli autori hanno infine dimostrato la presenza di correlazioni tra le dimensioni dell'IPO e misure di depressione (*Beck Depression Inventory*, Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh, 1961) e ansia (*State-Trait Anxiety Inventory*, Spielberger, 1983). Come notano Ellison e Levy (2011) mancano, in questo studio, evidenze relative alla validità di criterio della dimensione diffusione dell'identità (misurata solo in via indiretta) e della dimensione difese.

Nel più recente studio sull'IPO in lingua inglese di Ellison e Levy (2011), invece, viene dimostrata la relazione tra la dimensione *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* con misure criterio relative alla diffusione dell'identità (*Self-Concept Clarity Scale*, Campbell et al., 1996; *Stability of Self Scale*, Rosenberg, 1965; *Life Problems Inventory*, Rathus & Miller, 1995) e al funzionamento difensivo (*Defense Style Questionnaire-40*, Andrews, Singh, & Bond; *Splitting Scale*, Gerson, 1984), oltre a relazioni con una serie di misure degli affetti (ad esempio, *Affect Intensity Measure*, Larsen, Diener, & Emmons, 1986). Viene inoltre dimostrata anche la validità di criterio della dimensione *Instabilità dei comportamenti*, che presenta relazioni significative con misure di comportamenti a rischio (*Cognitive Appraisal of Risky Events*, Fromme, Katz, & Rivet) e con la messa in atto di comportamenti di autoferimento (*Deliberate Self-Harm Inventory*, Gratz, 2001).

Igarashi et al. (2009) hanno riportato relazioni appropriate tra punteggi delle sottoscale dell'IPO e misure di ansia e depressione (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, Zigmond & Snaith, 1983), del benessere psicologico (*PWB*, Ryff, 1989), dello stile d'attaccamento adulto (*Relationship Questionnaire*, Bartholomew & Horowitz, 1991), dell'autoefficacia (*Self Efficacy Scale*, Sherer & Adams, 1983) e della qualità dell'accudimento genitoriale ricevuto nell'infanzia (*Parental Bonding Instrument*, Parker, Tupling, & Brown, 1979). Inoltre, nel campione di pazienti psichiatrici, i punteggi delle sottoscale dell'IPO hanno mostrato correlazioni significative con i punteggi relativi alla gravità dei disturbi della personalità borderline e narcisistica (*Personality Diagnostic Questionnaire-Revised*, Hyler & Rieder, 1992). Infine, gli autori hanno indagato la capacità dei punteggi dell'IPO di predire l'ideazione suicidaria a distanza di una settimana; la sottoscala relativa all'esame di realtà ha dimostrato un valore predittivo in tal senso.

Nello studio di Berghuis e coll. (2009) sulla versione olandese dell'IPO, sono emerse correlazioni significative tra i punteggi dell'IPO e la valutazione del *distress* psicopatologico misurato attraverso la SCL-90. Inoltre, gli autori hanno rilevato correlazioni significative con i tratti di personalità di nevroticismo, come ci si poteva aspettare, sono emerse correlazioni tra le scale dell'IPO-NL e i punteggi ottenuti al NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992), basse con l'estroversione e l'apertura mentale e da moderate ad alte con il nevroticismo, piacevolezza e coscienziosità, che formano il profilo NAC (*Neuroticism, Agreeableness, Conscientiousness*) che in letteratura è stato collegato alla personalità patologica (Saulsman & Page, 2002; Widiger & Costa, 2002). Gli autori, infine, hanno confrontato i punteggi ottenuti alle sottoscale dell'IPO tra il gruppo clinico e non clinico, trovando che in quest'ultimo gruppo i punteggi erano significativamente inferiori.

Nel secondo studio olandese sull'IPO (Smits et al., 2009) i soggetti appartenenti al campione non clinico, i soggetti clinici senza disturbi di personalità e quelli con disturbi di personalità sono stati confrontati rispetto ai punteggi dei due fattori dell'IPO (diffusione dell'identità/difese primitive; esame di realtà). Sono emerse differenze significative tra i tre gruppi rispetto al fattore diffusione dell'identità/difese primitive: il soggetti non clinici hanno riportato i punteggi più bassi, i soggetti clinici senza disturbi di personalità punteggi intermedi e i soggetti clinici con disturbi di personalità i punteggi più elevati (le differenze tra tutti e tre i gruppi sono risultate statisticamente significative).

Infine, l'IPO ha mostrato relazioni congruenti con misure esterne anche in ricerche non direttamente connesse con la valutazione delle sue proprietà psicometriche. Ad esempio, in uno studio di Spitzer e coll. (Spitzer et al., 2006) la dimensione esame di realtà è risultata essere un buon predittore di sintomi dissociativi, sia in un campione non clinico che in un gruppo di pazienti psichiatrici. Pincus e collaboratori (Pincus et al., 2009) hanno invece trovato, in un campione di studenti universitari, correlazioni tra le scale dell'IPO e tratti di narcisismo patologico.

Sulla base delle premesse sopra indicate, gli studi presentati nei paragrafi seguenti (Studio 1 e Studio 2) hanno l'obiettivo generale di fornire un contributo alla validazione della versione italiana dell'*Inventory of Personality Organization*, indagandone le proprietà psicometriche in un campione non clinico e in un campione di pazienti psichiatrici.

2.2 STUDIO 1 PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DELL'IPO IN UN CAMPIONE NON CLINICO

2.2.1 Obiettivi dello studio

Il presente studio ha l'obiettivo di indagare le proprietà psicometriche della versione italiana dell'*Inventory of Personality Organization* (IPO) all'interno di un campione non clinico. In particolare, verranno verificate le seguenti ipotesi specifiche:

- **Struttura fattoriale e consistenza interna dello strumento**

Ipotizziamo che, come proposto da Ellison e Levy (2011), l'IPO abbia una struttura a 4 fattori. Verranno testati comparativamente i diversi modelli dimensionali emersi in letteratura, allo scopo di individuare il modello che meglio si adatta ai nostri dati. Verrà infine stimata la consistenza interna di ciascuna delle sottodimensioni valutate dal questionario.

- **Attendibilità test-retest dello strumento**

Essendo l'IPO uno strumento volto a misurare caratteristiche relative alla personalità dei soggetti, che si presumono essere stabili e durature, ipotizziamo che lo strumento presenti valori di stabilità test-retest a un mese in linea con le caratteristiche indagate.

- **Validità concorrente dello strumento**

Ipotizziamo che le dimensioni dell'IPO presentino relazioni convergenti con misure dell'integrazione dell'identità, del funzionamento difensivo e di altri aspetti caratteristici della patologia borderline, che verranno valutate attraverso la somministrazione di misure specifiche. Ipotizziamo, più in generale, che gli indici di gravità forniti dall'IPO mostrino relazioni convergenti con misure del distress psicopatologico generale.

2.2.2 Metodi

Soggetti

Il campione è composto da 696 volontari non clinici (*community sample*) reclutati tra gli studenti dell'Università di Milano-Bicocca e loro familiari e conoscenti. L'età media dei soggetti del *community sample* è di 36.51 anni (range: 18-74, $ds=\pm 14.08$ anni). I maschi (n=240) rappresentano il 37% del campione, le femmine (n=408) il 63% (dati sul genere mancanti per 48 soggetti). Il 42.6% dei soggetti (n=274) dichiara di essere celibe/nubile, il 42.5% (n=273) sposato, il 12.8 % (n=82) convivente e il rimanente 2.1% (n=18) separato, divorziato o vedovo (dati sullo stato civile mancanti per 53 soggetti). Rispetto al livello di istruzione, l'1.4% dei soggetti (n=9) riferisce di aver conseguito la licenza elementare, il 12.2% la licenza media inferiore (n=79), il 51.2% la licenza media superiore (n=330), il 32.4% la laurea (n=209) e il 2.8% (n=18) dichiara di avere una formazione post-universitaria (dati sul livello di istruzione mancanti per 51 soggetti). Rispetto all'occupazione, il 30.3% del campione (n=196) è costituito da studenti, il 56.5% (n=365) da lavoratori, il 5.2% (n=34) da disoccupati e persone in cerca di una prima occupazione e il 7.9% (n=51) da pensionati (dati sull'occupazione mancanti per 50 soggetti).

Strumenti e procedure

Ai soggetti partecipanti è stata richiesta la compilazione, oltre che dell'IPO, di una batteria di questionari auto-somministrati.

Ai soggetti che accettavano di partecipare alla ricerca è stato fornito un link per compilare on line la batteria di questionari. Ai soggetti del campione non clinico sono state somministrate diverse combinazioni di questionari (l'IPO, ovviamente, era sempre incluso in ciascuna combinazione).

A un sottogruppo dei partecipanti (n=53), infine, è stata richiesta una seconda compilazione dell'IPO a distanza di un mese.

Di seguito sono elencati i questionari utilizzati.

Inventory of Personality Organization (IPO, Kernberg & Clarkin, 1995): si tratta di un questionario self-report volto a misurare i costrutti relativi alla teoria di Kernberg per l'organizzazione borderline di personalità. Per una descrizione dettagliata dello strumento e delle sue proprietà psicometriche si rimanda all'introduzione e ai risultati. Il questionario è composto da 57 item che misurano 3 dimensioni primarie: diffusione dell'identità (21 item), difese primitive (16 item) ed esame di realtà (20 item). Le domande vengono valutate su una scala Likert a 5 punti (1=Mai vero, 5=Sempre vero).

Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118, Verheul et al., 2008): è un questionario self-report composto da 118 domande finalizzato a rilevare la gravità generale e le componenti modificabili dei disturbi di personalità. Al soggetto viene richiesto di indicare, su una scala Likert a 4 punti (1=Pienamente in disaccordo, 4=Pienamente in accordo) quanto è in accordo con affermazioni che descrivono il suo stato negli ultimi tre mesi. Lo strumento permette la valutazione di sedici dimensioni: regolazione emotiva, regolazione dell'aggressività, *effortful control*, tolleranza della frustrazione, rispetto di Sé, stabilità dell'immagine di sé, funzionamento auto-riflessivo, piacere, attività finalizzata, senso di scopo, affidabilità, intimità, relazioni stabili, sentirsi riconosciuto, cooperazione, rispetto. Queste dimensioni, o *facets*, si aggregano in cinque fattori generali: autocontrollo, integrazione dell'identità, capacità relazionali, responsabilità e concordanza sociale. Nello studio originale (Verheul et al., 2008) lo strumento ha riportato buoni valori di consistenza interna per le sedici dimensioni (valori di consistenza interna compresi tra $\alpha=.69$ e $\alpha=.84$) in un campione di pazienti con disturbi di personalità. Nel nostro campione lo strumento ha riportato buoni valori di consistenza interna, sia per i sedici *facets* (valori compresi tra $\alpha=.62$ e $\alpha=.82$) che per i cinque fattori sovraordinati (valori compresi tra $\alpha=.69$ e $\alpha=.89$).

Response Evaluation Measure 71 (REM 71) (Steiner, Araujo, & Koopman, 2001; Prunas et al., 2009): si tratta di un questionario composto da 71 domande, valutate su una scala Likert da 1 a 9 (1=Totale disaccordo, 9=Totale accordo) finalizzato alla rilevazione dell'assetto difensivo di adulti e adolescenti. Lo strumento, di cui esiste attualmente una versione italiana validata su un ampio campione di adulti e adolescenti (Prunas et al., 2009) permette di rilevare il ricorso a 21 meccanismi difensivi che hanno mostrato di aggregarsi in due fattori (maturo/adattivo e immaturo/disadattivo). Lo strumento ha mostrato di possedere buone proprietà psicometriche, sia nella sua versione originale che nell'adattamento italiano, soprattutto per quanto riguarda i due fattori sovraordinati. Gli autori della versione originale (Steiner et al., 2001) riportano buoni valori di consistenza interna sia per F1 (difese immature)

che per F2 (difese mature) (rispettivamente, $\alpha=.84$ e $\alpha=.68$). Nella versione italiana dello strumento (Prunas et al., 2009) sono stati riscontrati analoghi valori di consistenza interna (F1: $\alpha=.88$; F2: $\alpha=.73$). Nel presente studio è stata utilizzata solo la dimensione relativa ai meccanismi di difesa immaturi (F1), che ha riportato un valore di consistenza interna di $\alpha=.87$.

Borderline Personality Disorder Check-List (Giesen-Bloo, Arntz, & Schouten, unpublished manuscript; Prunas, Sarno, Capizzi, & Madeddu, 2006): si tratta di un questionario composto da 47 domande valutate su una scala Likert da 1 a 5 (1=Per niente, 5=Moltissimo) che permette di ottenere un indice della gravità della sintomatologia caratteristica del disturbo borderline di personalità nel mese precedente alla somministrazione secondo quanto riferito dal paziente. Ai 47 item che compongono il self-report il soggetto deve rispondere indicando il grado in cui è stato disturbato, nel corso del mese precedente, da ciascun sintomo proposto. La struttura della scala è sovrapponibile ai 9 criteri del DBP previsti dal DSM-IV; in questo modo, oltre al punteggio totale (compreso tra 47 e 235) che fornisce un indice soggettivo del livello globale di gravità della psicopatologia borderline, si possono ricavare nove indici di gravità (corrispondenti ai nove criteri diagnostici del disturbo borderline di personalità secondo il DSM IV). Nella sua versione originale, somministrata a un campione clinico olandese, la scala ha ottenuto buoni valori di consistenza interna sia per il punteggio totale ($\alpha=.97$) che per i nove indici sintomatologici (α compreso tra .69 e .93). Anche per la versione italiana (Prunas et al. 2006), somministrata a un campione di pazienti e a un campione non clinico, sono stati riscontrati buoni livelli di consistenza interna sia per il punteggio totale ($\alpha=.96$) che per i nove indici sintomatologici (α compreso tra .69 e .90). Nel presente studio i valori di consistenza interna sono risultati pari a $\alpha=.97$ per il punteggio totale; relativamente ai nove indici sintomatologici i valori di consistenza interna sono compresi tra $\alpha=.77$ e $\alpha=.94$.

Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R; Derogatis, 1977; Prunas, Sarno, Preti, Madeddu, & Perugini, 2011; Sarno, Preti, Prunas, & Madeddu, 2011): è un questionario composto da 90 item in cui al soggetto viene chiesto di indicare, servendosi di una scala Likert a 5 punti (0=Per niente, 4=Moltissimo), il grado in cui è stato disturbato nell'ultima settimana da una serie di sintomi fisici e psichici. A partire dal punteggio ottenuto ai 90 item, è possibile ottenere tre indicatori generali della presenza di sintomi psicopatologici: il GSI (*Global Severity Index*, corrispondente alla somma del punteggio fornito ai 90 item divisa per il numero di item), il PST (*Positive Symptom Total*, corrispondente al numero degli item cui il soggetto ha fornito una risposta diversa da 0) e il PSDI (*Positive Symptom Distress Index*, corrispondente alla somma dei punteggi ottenuti ai 90 item divisa per il PST); è inoltre possibile calcolare nove indici che

riguardano altrettante aree sintomatologiche specifiche: ipersensibilità interpersonale, ossessività-compulsività, somatizzazione, depressione, ansia, ostilità e rabbia, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo. La versione originale dello strumento ha ottenuto buoni valori di consistenza interna, sia in un campione di “volontari sintomatici” (Derogatis, Rickels, & Rock, 1976) che in un campione di pazienti psichiatrici (Horowitz, Rosemberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988). Nel primo studio i valori di α oscillano tra .77 e .90, mentre nel secondo studio i valori di α sono compresi tra .79 e .90. Anche per la versione italiana (Prunas et al., 2011; Sarno et al., 2011), somministrata a un ampio campione non clinico, sono stati riscontrati buoni livelli di consistenza interna sia per il punteggio totale ($\alpha=.97$) che per i nove indici sintomatologici (α compreso tra .68 e .87). Nel nostro campione l'indice globale (GSI) ha riportato un valore di $\alpha=.97$, mentre per i nove indici sintomatologici la consistenza interna è compresa tra $\alpha=.75$ e $\alpha=.90$.

Analisi dei dati

Le differenti strutture fattoriali dello strumento emerse in letteratura sono state confrontate attraverso una serie di analisi fattoriali confermate (CFA, *Confirmatory Factor Analyses*) effettuate con il software Mplus (Muthén & Muthén, 1998-2010). Come osservato da Lenzenweger et al. (2001) e da Ellison e Levy (2011), le proprietà relative alla distribuzione dei dati dell'IPO vanno tenute in considerazione. Lo strumento, infatti, è costituito da item valutati su una scala Likert a 5 punti, non consentendo di considerare i dati raccolti come continui in senso proprio. L'IPO, inoltre, valuta alcune caratteristiche di funzionamento patologico che possono mostrare una distribuzione asimmetrica nella popolazione generale. In letteratura sono stati rilevati numerosi studi che suggeriscono che il metodo di stima della massima verosimiglianza, che presuppone la normalità della distribuzione dei dati, non è appropriato nella sua applicazione a dati non normali (Brown, 2006; Dolan, 1994; Muthén & Kaplan, 1985; Muthén & Kaplan, 1992). I dati sono dunque stati considerati come ordinali e le analisi fattoriali sono state implementate attraverso le matrici di correlazioni policoriche (Olsson, 1979), utilizzando una stima dei *robust weighted least squares* (RWLS; Muthén & Muthén, 1998-2010). In particolare, è stata utilizzata una stima dei RWLS corretta per medie e varianze (WLSMV) che è disponibile in Mplus e che ha dimostrato, in uno studio di simulazione (Flora & Curran, 2004), di gestire in modo corretto i dati ordinali. I dati dell'IPO sono stati esaminati rispetto ai pattern di dati mancanti a livello degli item. In nessun caso sono stati

riportati dati mancanti in più dell'1% dei casi per ogni singolo item. Inoltre, la distribuzione dei pattern di dati mancanti è risultata omogenea tra gli item. Si è dunque scelto di utilizzare l'opzione di default della stima WLSMV di Mplus 6 che tratta i dati mancanti attraverso eliminazione *pairwise*. Questo approccio è stato selezionato in quanto ha dimostrato di produrre stime consistenti sia per dati MCAR (*missing completely at random*) che per dati MAR (*missing at random*) (Asparouhov & Muthén, 2010).

L'adattamento dei diversi modelli è stato valutato attraverso l'esame di diversi indici di fit: il *Comparative Fit Index* (CFI; Bentler, 1990), il *Tucker-Lewis fit Index* (TLI; Bentler & Bonett, 1980) e il *Root Mean Squar Error of Approximation* (RMSEA; Steiger, 1990). Le linee guida per l'interpretazione degli indici di fit (Hu & Bentler, 1999) sostengono che valori del CFI e del TLI >.90 indicano un buon adattamento del modello ai dati, valori del RMSEA compresi tra .05 e .08 indicano un fit accettabile e valori dell'RMSEA compresi tra .00 e .05 un fit eccellente. Poiché il confronto ha riguardato modelli non concatenati (*non nested*), le decisioni relative alle differenze nella bontà di adattamento sono state prese in ottica descrittiva, senza l'uso di un test formale di incremento del fit (Muthén & Muthén, 1998-2010).

Per valutare la consistenza interna delle dimensioni dell'IPO è stato utilizzato l'indice α di Cronbach, mentre l'attendibilità test-retest è stata valutata attraverso il coefficiente di correlazione intraclassa (ICC). Le analisi sono state condotte utilizzando il software SPSS versione 17.

Per verificare le ipotesi relative alle relazioni tra le scale dell'IPO e le misure criterio è stata condotta una *path analysis*, sempre attraverso il software Mplus. Le scale dell'IPO sono state inserite nel modello come variabili latenti (sempre attraverso CFA), mentre per gli altri questionari somministrati sono stati calcolati i relativi punteggi di scala, che sono dunque stati inseriti nel modello di *path analysis* come variabili osservate. Per quanto riguarda la scelta della stima da utilizzare, sono state seguite le stesse linee guida adottate per la CFA, optando per il WLSMV. Anche gli indici considerati per la valutazione della bontà dell'adattamento del modello sono gli stessi utilizzati nella CFA.

2.2.3 Risultati

Struttura fattoriale

Sono stati testati quattro modelli dimensionali attraverso una serie di CFA. Il primo modello testato, utilizzato come *baseline*, è il modello unidimensionale, in cui tutti gli item saturano su un unico fattore generale. In Tab. 2.1 sono riportati gli indici di adattamento di questo modello e di tutti gli altri modelli testati successivamente. Come anticipato, per valutare la bontà di adattamento dei diversi modelli sono stati utilizzati il chi quadrato, il CFI, il TLI e il RMSEA. Considerando questi indici, il modello unidimensionale ha riportato valori di adattamento non accettabili: $\chi^2(1539, N=680)=3980.932$, CFI=.894, TLI=.890, RMSEA=.048 (solo quest'ultimo valore rientra nel range di adattamento accettabile). I dati suggeriscono, quindi, che l'IPO ha una struttura non unidimensionale. Il secondo modello testato è stato quello bidimensionale, proposto da diversi autori (Lenzenweger et al., 2001; Berghuis et al., 2009), in cui gli item relativi alle scale teoriche originali "Difese primitive" e "Diffusione dell'identità" sono collasati in un'unica dimensione, mentre gli item relativi alla dimensione originale "Esame di Realtà" continuano a saturare su questa seconda dimensione. Come è possibile osservare in Tab. 2.1, anche questa soluzione ha riportato indici di adattamento non totalmente soddisfacenti: $\chi^2(1538, N=680)=3812.465$, CFI=.902, TLI=.898, RMSEA=.046. Si è dunque passati a esaminare la struttura originaria a tre fattori (Difese primitive, Diffusione dell'Identità ed Esame di realtà), che ha trovato conferma in alcune ricerche empiriche (Lenzenweger et al., 2001; Igarashi et al., 2009). Anche in questo caso, gli indici di adattamento sono risultati non totalmente soddisfacenti (Tab. 2.1): $\chi^2(1536, N=680)=3782.478$, CFI=.903, TLI=.899, RMSEA=.046. L'ultimo modello testato è stato quello a quattro fattori (Ellison & Levy, 2011), composto da una dimensione relativa all'instabilità dell'immagine di sé e dell'altro (32 item), una relativa all'instabilità dei comportamenti (8 item), una all'instabilità degli obiettivi (2 item) e una alla psicosi (mancanza di esame di realtà, 12 item); nel modello di Ellison e Levy (2011) tre item sono esclusi perché non presentano saturazioni significative con nessun fattore. Il modello a 4 fattori (Tab. 2.1) ha riportato indici di adattamento soddisfacenti: $\chi^2(1371, N=680)=3035.325$, CFI=.924, TLI=.921, RMSEA=.042.

In Tab. 2.2, infine, sono riportate le saturazioni ottenute attraverso la CFA del modello a 4 fattori.

Tabella 2.1. Indici di adattamento dei quattro modelli di CFA per l'IPO nel campione dello Studio 1 (*Community sample*)

Modello	χ^2	gdl	N	CFI	TLI	RMSEA
1 Fattore	3980.932	1539	680	.894	.890	.048
2 Fattori	3812.456	1538	680	.902	.898	.046
3 Fattori	3782.478	1536	680	.903	.899	.046
4 Fattori	3035.325	1371	680	.924	.921	.042

Consistenza interna

Nel campione non clinico le quattro dimensioni dell'IPO individuate da Ellison e Levy (2011) e confermate dalle CFA effettuate sui nostri dati hanno mostrato livelli di consistenza interna da accettabili a elevati. Come mostrato in Tab. 2.3, infatti, i coefficienti alpha di Cronbach sono compresi tra $\alpha=.72$ e $\alpha=.81$, con un α medio di $.81$. Per tutti e 4 i fattori il valore medio della correlazione corretta item-totale è risultato superiore a $.30$. Solo un item ha riportato un valore di correlazione corretta item-totale inferiore a $.30$, ovvero l'item 5 appartenente al fattore Psicosi. L'incremento nella consistenza interna di questo fattore una volta rimosso tale item è tuttavia minimo (da $\alpha=.794$ a $\alpha=.798$)

Tabella 2.2. Saturazioni degli item dell'IPO relative alla soluzione a 4 fattori nel campione dello Studio 1 (*Community sample*)

Item	1	2	3	4
1. Instabilità Sé/Altri				
22. Temo che le persone cui sono più legato/a all'improvviso cambino i loro sentimenti nei miei confronti.	.56			
14. È difficile per me sapere con certezza cosa gli altri pensino di me, compresi coloro che mi conoscono molto bene.	.59			
38. Mi vedo in modi totalmente diversi in momenti diversi.	.72			
9. Quando il mondo intorno a me è instabile e confuso, è come se dentro mi sentissi allo stesso modo.	.53			
23. Penso di essere una persona diversa quando sono a casa, rispetto a quando sono al lavoro o a scuola.	.56			
2. Quando sono nervosa/o o confusa/o, è come se anche la realtà esterna non avesse un senso.	.61			
26. Per qualche ragione non so mai come comportarmi con le persone.	.61			
24. Ho la sensazione che i miei gusti e le mie opinioni non mi appartengano davvero, ma vengano piuttosto presi in prestito da altre persone.	.62			
48. Quando gli altri mi vedono come una persona di successo mi esalto e quando mi vedono come un fallito/a mi sento devastato/a.	.61			
10. Alcuni dei miei amici rimarrebbero sorpresi se sapessero quanto il mio comportamento può cambiare da situazione a situazione.	.60			
28. È difficile per me fidarmi degli altri perché troppo spesso mi voltano le spalle o mi tradiscono.	.53			
25. Non riesco a capire se le cose che accadono siano vere perché sono io a volerlo, o se lo siano in realtà.	.68			
20. Ho la sensazione di essere un imbroglione o un impostore, e che gli altri mi vedano in un modo diverso da come sono veramente.	.68			
18. Se non ci sto attento/a, le persone tendono a servirsi di me.	.50			
42. Quando non mi sento bene, non saprei dire se si tratti di un malessere emotivo o fisico.	.52			
8. Persone di cui in passato avevo la massima stima, mi hanno poi deluso/a perché si sono rivelati non all'altezza delle mie aspettative.	.42			
3. Non posso condividere con gli altri alcune mie convinzioni sul mondo perché, ai loro occhi, mi farebbero apparire pazzo/a.	.61			
13. Ho la sensazione di non riuscire a ottenere ciò che voglio.	.54			
7. Ho bisogno di provare ammirazione per qualcuno per sentirmi sicuro/a.	.52			
32. Nel corso di una relazione intima, ho paura di perdere il senso di chi io sia.	.60			
44. Le persone tendono a rapportarsi a me o soffocandomi di affetto o abbandonandomi.	.71			
1. Tendo a fare esperienza delle cose in modi piuttosto estremi, provando immensa gioia o profonda disperazione.	.47			
33. Gli altri mi dicono che faccio fatica a vedere difetti in coloro che ammiro.	.39			
41. Mi è difficile stare da solo/a.	.31			
29. Non sono in grado di spiegare i cambiamenti nel mio comportamento.	.73			
34. Oscillo tra il sentirmi affettuoso/a e disponibile con gli altri in certi momenti, e freddo/a e indifferente in altri.	.62			
37. Dopo aver instaurato una relazione con qualcuno, mi sorprende scoprire che tipo di persona sia in realtà.	.52			

21. Stabilisco relazioni con persone che non mi piacciono davvero perché mi è difficile dire di no.	.41
39. Tendo a idolatrare gli altri ma alla fine sono costretto a ricredermi.	.59
15. Persino le persone che mi conoscono meglio non sono in grado di prevedere il mio comportamento.	.61
27. Mi butto a capofitto in hobby e nuovi interessi e poi li abbandono.	.48
6. Se la mia vita fosse un libro, sarebbe più simile a una raccolta di racconti brevi scritti da autori diversi piuttosto che a un lungo romanzo.	.46
2. Instabilità Obiettivi	
16. I miei obiettivi cambiano continuamente.	.85
4. I miei obiettivi a lungo termine cambiano frequentemente di anno in anno.	.76
3. Psicosi	
40. Sono in grado di vedere o udire cose che nessun altro può vedere o sentire.	.70
36. Sento rumori e suoni che le altre persone sostengono non esistano.	.74
53. Ho visto e sentito cose senza che ve ne fosse una chiara ragione.	.69
43. Non sono sicuro se una voce che ho sentito, o qualcosa che ho visto siano o meno il frutto della mia immaginazione.	.69
11. Ho visto cose che non esistono nella realtà.	.68
35. Ho la sensazione che i miei desideri o i miei pensieri si realizzeranno come per magia.	.53
12. Penso che le cose possano accadere semplicemente pensandoci.	.50
51. Conosco e capisco cose che nessun altro è in grado di capire o conoscere.	.62
30. Non so dire se certe sensazioni fisiche che provo siano reali o se siano piuttosto il frutto della mia immaginazione.	.69
57. Ho la sensazione che in passato io sia stato/a in qualche posto o abbia fatto qualcosa senza averlo fatto veramente.	.58
55. Mi sento quasi come se fossi qualcun altro, ad esempio un amico/a o un parente, o addirittura qualcuno che non conosco.	.79
5. Mi capita di vedere cose che, con uno sguardo più attento, si rivelano tutt'altro.	.53
4. Instabilità Comportamenti	
46. Agisco in modi che agli altri appaiono imprevedibili o incostanti.	.79
45. Sulla scia dell'impulso del momento faccio cose che ritengo socialmente inaccettabili.	.73
47. La gente mi dice che mi comporto in modo contraddittorio.	.70
17. Mi ritrovo a fare delle cose che, in altri momenti, penso non siano particolarmente sensate, come avere rapporti sessuali occasionali, mentire, bere in eccesso, avere scoppi di rabbia, o compiere piccoli reati.	.60
56. La gente mi vede scortese o sconsiderato/a e io non so perché.	.56
19. Mi rendo conto di fare cose che turbano gli altri e non riesco a capire perché ne siano così turbati.	.69
50. Gli altri mi dicono che tendo a provocarli o ingannarli per ottenere ciò che voglio.	.67
52. Mi ritrovo a fare cose che sembrano normali nel momento in cui le sto facendo, ma che in seguito trovo difficile credere di aver fatto davvero.	.75
Nota: tutte le saturazioni sono significative ($p < .001$)	

Tabella 2.3. Indici α di Cronbach e correlazioni corrette item-totale delle 4 dimensioni dell'IPO nel campione dello Studio 1 (*Community sample*)

Fattore	n item	α	Correlazione corretta item-totale	
			M	Range
Instabilità Sé/Altri	32	.91	.48	.30-.63
Instabilità Obiettivi	2	.72	.57	.57-.57
Psicosi	12	.79	.45	.27-.54
Instabilità Comportamenti	8	.81	.52	.37-.65

Test-retest reliability

L'IPO è stato somministrato nuovamente a distanza di un mese a un sottocampione del campione non clinico. Sono stati ricontattati 53 soggetti. I maschi rappresentano il 9.4% del sottocampione (n=5), le femmine il 90.6% (n=48). L'età media è risultata pari a 23.60 anni (range 21-49, ds= \pm 5.10 anni).

In Tab. 2.4 sono riportati i punteggi medi dei soggetti nei 4 fattori dell'IPO a T1 e a T2 (a distanza di un mese dalla prima somministrazione). Gli indici di correlazione intraclassa (ICC) sono tutti elevati e significativi.

Tabella 2.4. Punteggi medi a T1 e T2 delle 4 dimensioni dell'IPO e ICC in un sottocampione di 53 soggetti

Fattore	T1		T2		Test-retest ICC ^a
	M	ds	M	ds	
Instabilità Sé/Altri	2.35	.58	2.28	.61	.96
Instabilità Obiettivi	2.23	.85	2.08	.76	.80
Psicosi	1.71	.56	1.53	.48	.88
Instabilità Comportamenti	1.71	.64	1.66	.62	.90

Nota ^a: per tutti i coefficienti di correlazione intraclassa $p < .001$

Validità concorrente

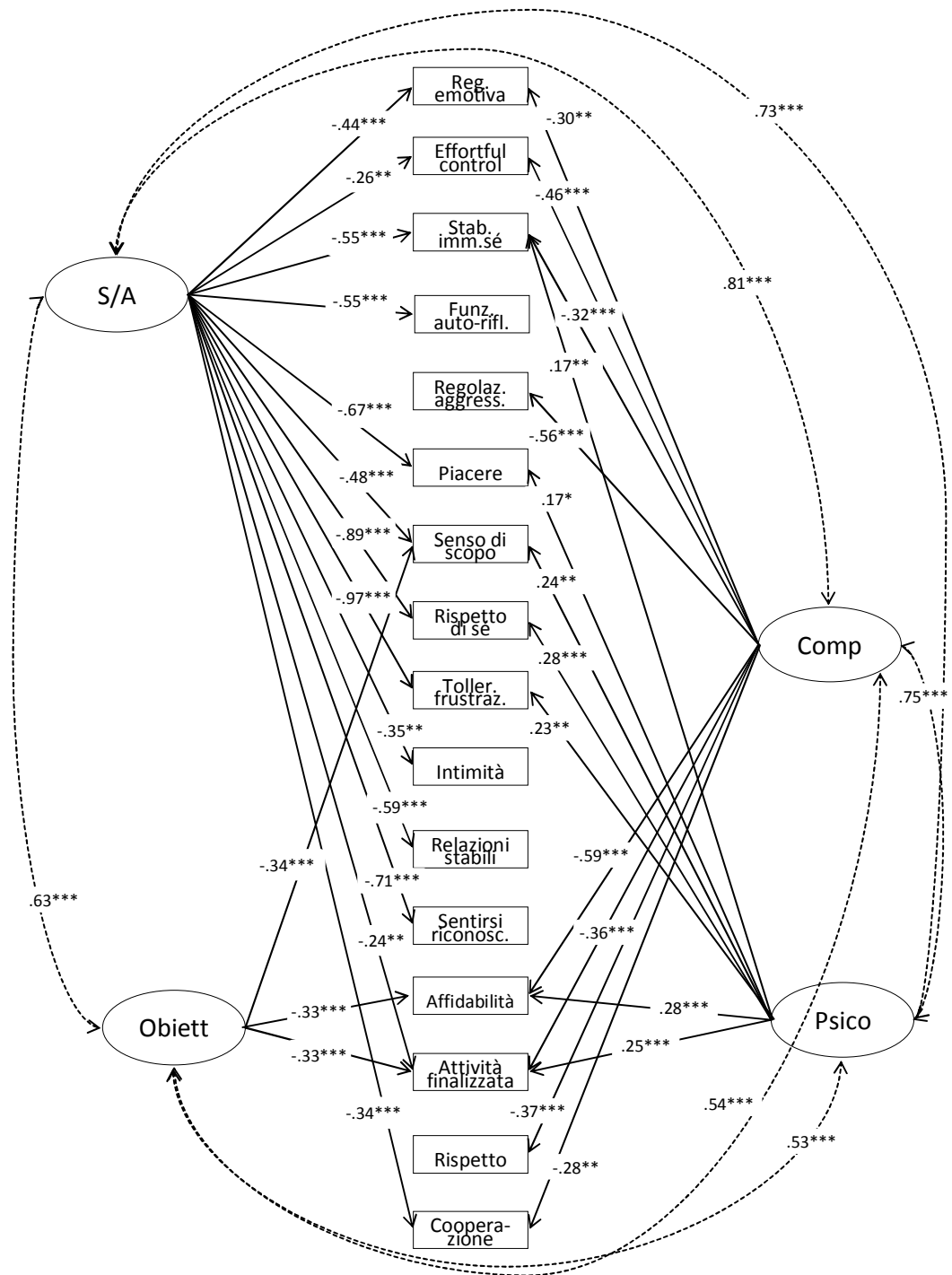
Il modello di *path analysis* volto a verificare l'esistenza e la consistenza delle relazioni tra le 4 dimensioni dell'IPO (inserite nel modello come variabili latente stimate attraverso CFA) e le misure di criterio esterne è stato analizzato rispetto a un sottogruppo del campione che ha compilato tutti i questionari somministrati assieme all'IPO. Tale sottogruppo è composto da 452 soggetti. I maschi (n=128) sono il 29.8 % del sottocampione, le femmine (n=301) il 70.2 % (dati relativi al genere mancanti per 23 soggetti). L'età media del sottocampione è di 36.03 anni (range 20-74, ds=±14.49 anni).

Il modello di *path analysis* ha riportato indici di adattamento accettabili: $\chi^2(3471, N=432)=4776.882$, CFI=.931, TLI=.909, RMSEA=.029. Di seguito vengono fornite le rappresentazioni grafiche del modello, suddivise rispetto al questionario utilizzato come misura esterna per praticità espositiva. Va, tuttavia, ricordato che il modello presentato è globale, ovvero comprende contemporaneamente le relazioni con tutte le misure criterio. In tale modello le correlazioni tra le misure criterio sono state stimate. La loro stima, tuttavia, non viene presentata nelle figure. Analogamente, pur essendo state stimate tutte le relazioni tra le variabili, vengono riportate solo quelle che raggiungono la significatività statistica. Nelle figure, dunque, le frecce continue rappresentano i coefficienti β standardizzati statisticamente significativi, mentre le frecce spezzate le correlazioni tra le variabili.

Nelle Fig. 2.1 e 2.2 sono rappresentate le relazioni tra i 4 fattori latenti dell'IPO e i punteggi osservati delle misure esterne del funzionamento della personalità misurati attraverso il questionario SIPP-118.

In particolare, in Fig. 2.1 sono rappresentate le relazioni tra le dimensioni dell'IPO e le sedici dimensioni di SIPP-118: regolazione emotiva, regolazione dell'aggressività, *effortful control*, tolleranza della frustrazione, rispetto di Sé, stabilità dell'immagine di sé, funzionamento auto-riflessivo, piacere, attività finalizzata, senso di scopo, affidabilità, intimità, relazioni stabili, sentirsi riconosciuto, cooperazione, rispetto.

Figura 2.1. Modello di *path analysis* che illustra le relazioni tra i 4 fattori latenti dell'IPO ottenuti attraverso CFA e i punteggi delle sedici scale del questionario SIPP-118

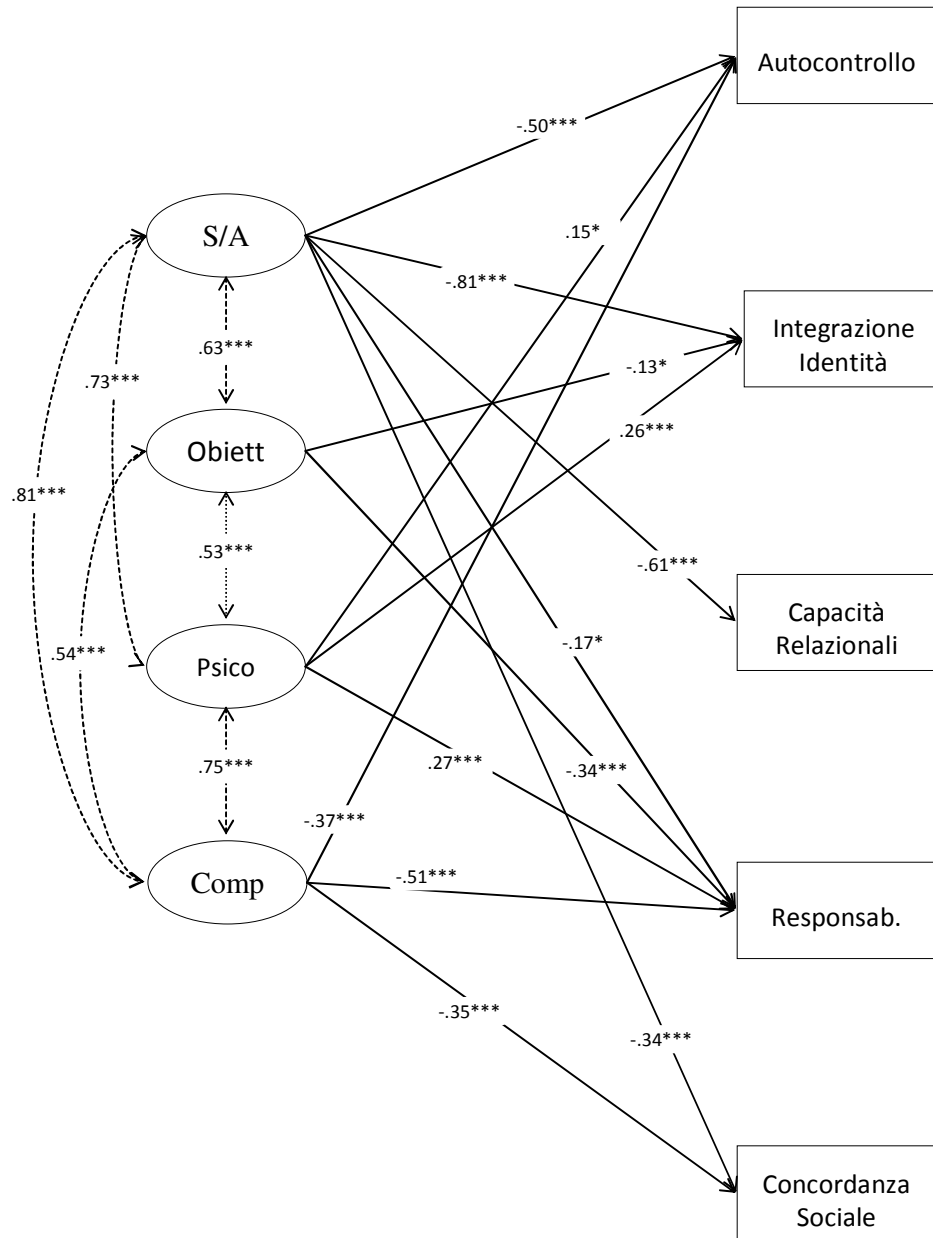


Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Come è possibile notare, la dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* presenta le relazioni più significative e più robuste con i domini di SIPP-118 che misurano caratteristiche relative all'integrazione dell'identità, in particolare regolazione emotiva, stabilità dell'immagine di sé, funzionamento autoriflessivo, piacere, senso di scopo, rispetto di sé; emergono inoltre relazioni significative tra questa dimensione dell'IPO e i domini di SIPP-118 che misurano caratteristiche relative ai rapporti con gli altri, in particolare tolleranza della frustrazione, sentirsi riconosciuti, relazioni stabili, cooperazione. La dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità degli obiettivi* presenta una relazione incrementale significativa, anche se modesta nella dimensione, rispetto al senso di scopo, all'affidabilità e all'attività finalizzata. La dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità dei comportamenti* presenta le relazioni più forti e significative con *l'effortful control*, con la regolazione dell'aggressività, con l'affidabilità, con l'attività finalizzata e con il rispetto; rispetto a questa dimensione emergono, inoltre, alcune relazioni incrementali significative, seppur di modesta entità, la più forte delle quali è quella con la stabilità dell'immagine di sé. Il dominio dell'IPO relativo alla *Psicosi* presenta diverse relazioni incrementali con le dimensioni di SIPP-118. Tra queste, le più forti e significative sono quelle con il rispetto di sé, l'affidabilità e l'attività finalizzata.

In Fig. 2.2, invece, sono rappresentate le relazioni tra le 4 dimensioni dell'IPO e le 5 dimensioni sovraordinate della SIPP-118: autocontrollo, integrazione dell'identità, capacità relazionali, responsabilità e concordanza sociale. La dimensione *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* presenta relazioni significative con tutti e cinque i domini. Le relazioni più forti e significative, tuttavia, si riscontrano con i domini integrazione dell'identità, autocontrollo e capacità relazionali. La dimensione dell'IPO relativo all'*Instabilità degli obiettivi* presenta una relazione incrementale significativa con il dominio responsabilità, oltre che una relazione – minima seppur significativa – con il dominio integrazione dell'identità. La dimensione dell'IPO relativa all'*instabilità dei comportamenti* presenta relazioni significative con i domini della responsabilità e della concordanza sociale, oltre che una relazione incrementale significativa con il dominio dell'autocontrollo. La dimensione *Psicosi* presenta relazioni incrementali significative di modesta entità, le più forti delle quali sono quelle con l'integrazione dell'identità e con la responsabilità.

Figura 2.2. Modello di *path analysis* che illustra le relazioni tra i 4 fattori latenti dell'IPO ottenuti attraverso CFA e i punteggi dei cinque domini del questionario SIPP-118



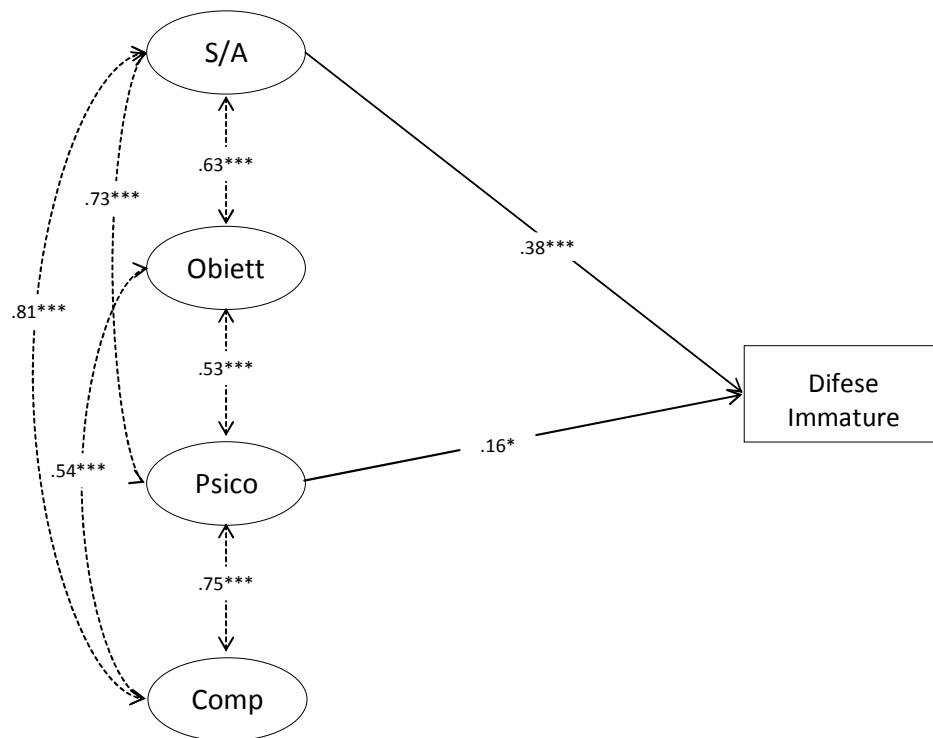
Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

La Fig. 2.3 rappresenta le relazioni tra le dimensioni dell'IPO e il punteggio osservato della misura esterna dell'assetto difensivo, valutato attraverso il questionario REM 71. In particolare, sono considerate le relazioni con il punteggio relativo alle difese immature. Come è possibile notare, si registra una relazione significativa tra la dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* e il punteggio relativo alle difese immature. Anche la dimensione *Psicosi* presenta una relazione incrementale significativa, seppur di debole entità.

In Fig. 2.4 sono rappresentate le relazioni delle dimensioni dell'IPO con i punteggi osservati delle misure esterne relative alla gravità di tratti e sintomi del disturbo borderline di personalità riportati dai soggetti, misurati attraverso la BPDCL. In particolare, sono riportate le relazioni con il punteggio totale della BPDCL e i punteggi relativi ai nove sintomi-criterio del DSM IV per il disturbo borderline di personalità. Come è possibile notare, la dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità dell'immagine di Sé e degli altri* presenta relazioni forti e significative con le scale relative al senso di vuoto, all'umore, all'identità, al senso di abbandono, all'instabilità delle relazioni, nonché relazioni, più modeste, con i sintomi dissociativi e paranoide e con il punteggio totale della BPDCL. La dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità del comportamento* presenta relazioni significative con le scale che misurano rabbia e impulsività, oltre a una relazione incrementale significativa, seppur modesta, con il punteggio totale della BPDCL. La dimensione *Psicosi* dell'IPO presenta relazioni incrementali significative di debole entità, la più forte delle quali è quella con la scala relativa al senso di vuoto.

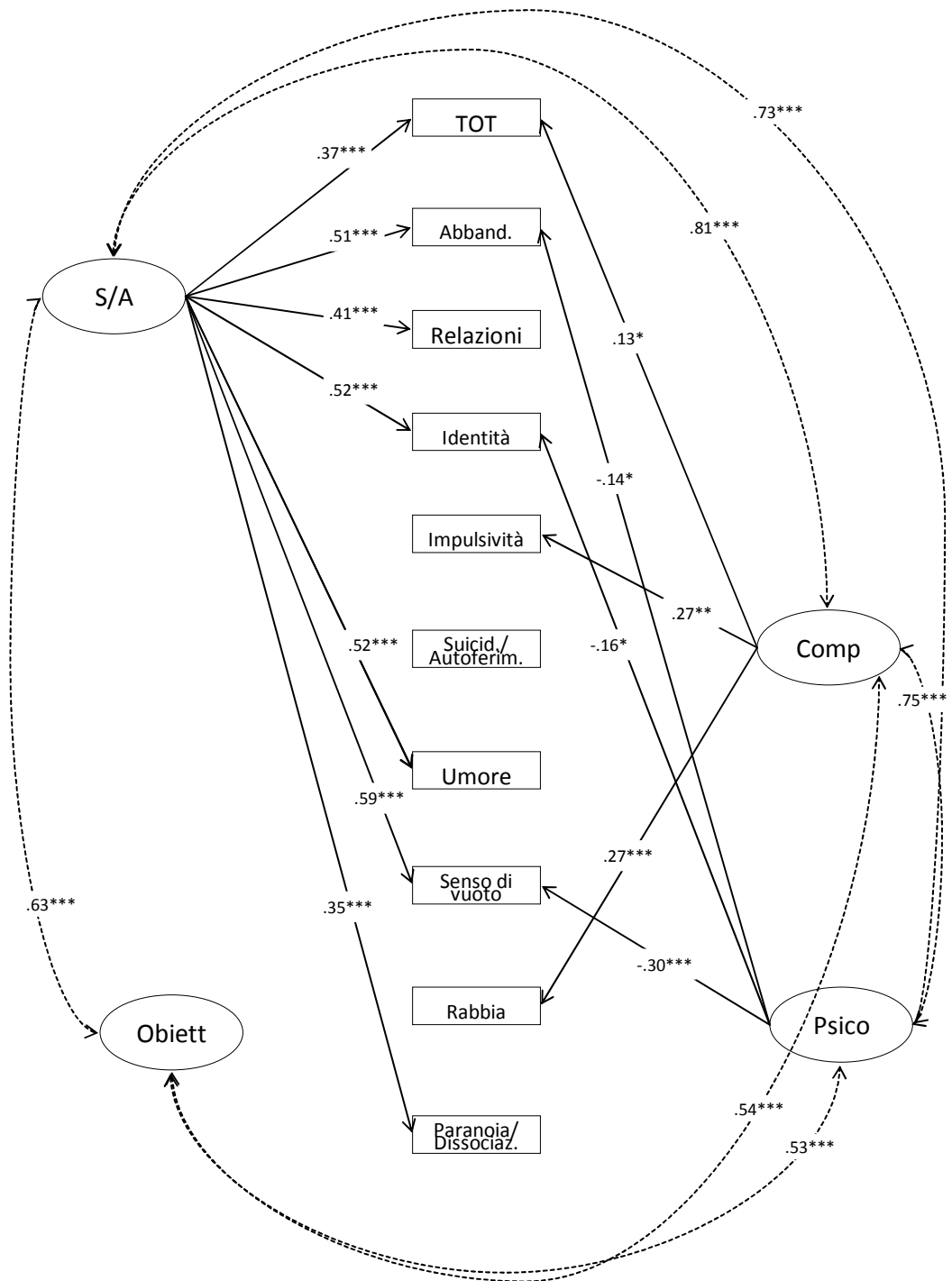
Infine, la Fig. 2.5 rappresenta le relazioni tra le dimensioni dell'IPO e i punteggi osservati delle misure esterne relative al distress psicopatologico misurato attraverso SCL 90-R. In particolare, sono riportate le relazioni con un indice globale di distress psicopatologico, il GSI, e con i nove domini sintomatologici valutati dallo strumento: sensibilità interpersonale, ossessività-compulsività, somatizzazione, depressione, ansia, ostilità e rabbia, ansia fobica, ideazione paranoide, psicotismo.

Figura 2.3. Modello di *path analysis* che illustra le relazioni tra i 4 fattori latenti dell'IPO ottenuti attraverso CFA e il punteggio della scala relativa alle difese immature di REM 71



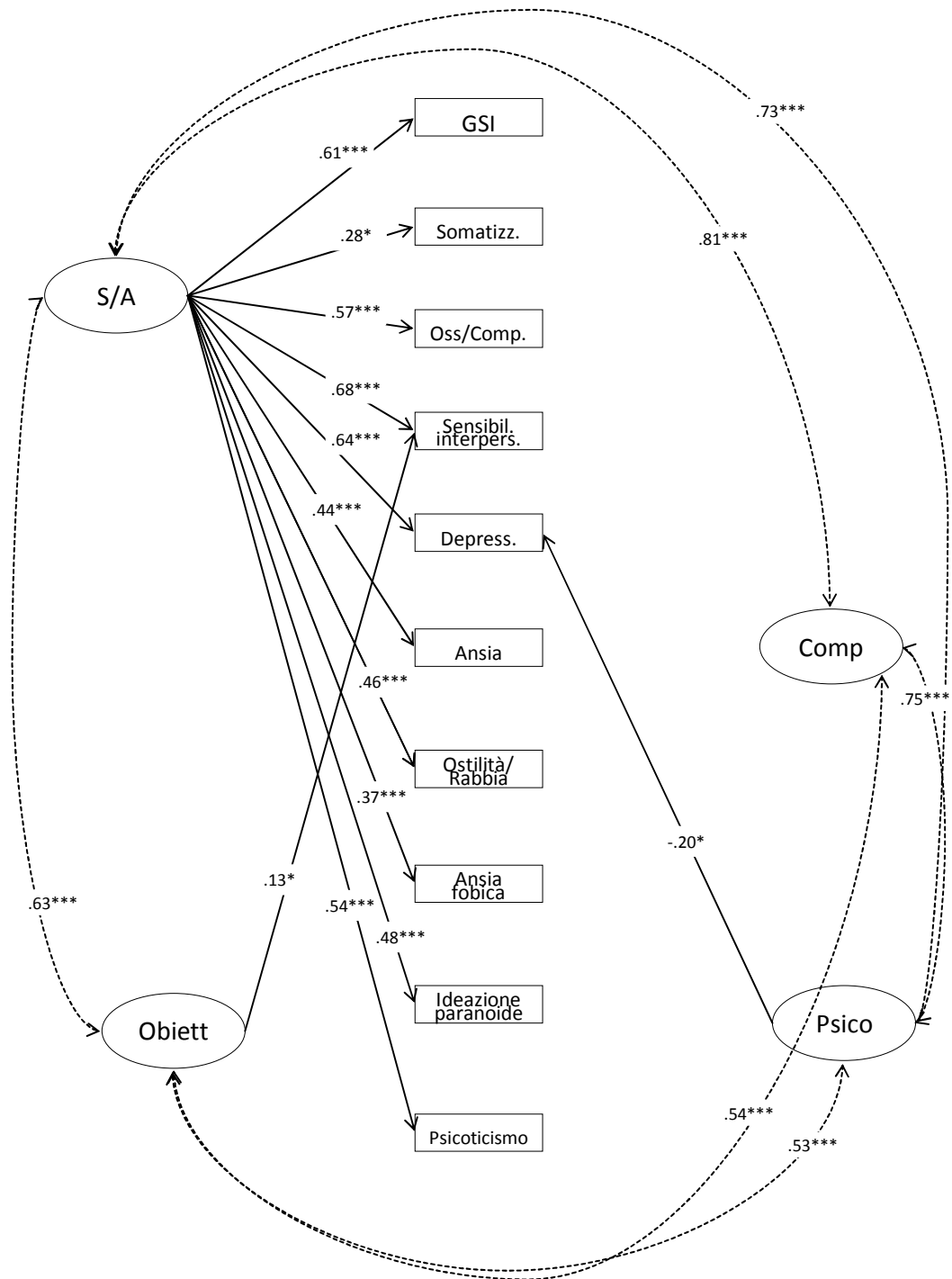
Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Figura 2.4. Modello di *path analysis* che illustra le relazioni tra i 4 fattori latenti dell'IPO ottenuti attraverso CFA e i punteggi delle scale della BPDCL



Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Figura 2.5. Modello di *path analysis* che illustra le relazioni tra i 4 fattori latenti dell'IPO ottenuti attraverso CFA e i punteggi delle scale di SCL 90-R



Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Come è possibile osservare in Fig. 2.5, la dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* presenta relazioni forti e significative con tutte le nove dimensioni sintomatologiche di SCL 90 R e con l'indice globale di *distress* psicopatologico GSI. Le dimensioni dell'IPO *Instabilità degli obiettivi* e *Psicosi* presentano relazioni incrementali significative di scarsa entità.

2.3 STUDIO 2 PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DELL'IPO IN UN CAMPIONE CLINICO

2.3.1 Obiettivi dello studio

Il presente studio ha l'obiettivo di indagare le proprietà psicometriche della versione italiana dell'*Inventory of Personality Organization* (IPO) all'interno di un campione clinico. In particolare, verranno verificate le seguenti ipotesi specifiche:

- **Struttura fattoriale e consistenza interna dello strumento**

Ipotizziamo che la struttura dimensionale a 4 fattori proposta da Ellison e Levy (in press) e replicata nello studio 1 in un campione non clinico venga confermata anche all'interno di un campione clinico.

Ipotizziamo, inoltre, che la struttura dimensionale dello strumento sia invariante in soggetti clinici e non clinici e considerando il genere. Verrà infine stimata la consistenza interna di ciascuna delle sottodimensioni valutate dal questionario.

- **Validità convergente e validità di criterio dello strumento**

Ipotizziamo che le dimensioni dell'IPO presentino relazioni convergenti con misure della coesione dell'identità, del funzionamento difensivo e di altri aspetti caratteristici della patologia borderline, che verranno valutate attraverso la somministrazione di misure specifiche. Ipotizziamo, più in generale, che gli indici di gravità forniti dall'IPO mostrino relazioni convergenti con valutazioni di gravità della sintomatologia borderline e del distress psicopatologico generale.

Ipotizziamo, inoltre, che i punteggi delle sottoscale dell'IPO siano più elevati nel campione clinico, confrontati con quelli del campione non clinico dello Studio 1. Inoltre, ipotizziamo che i punteggi dell'IPO discriminino soggetti con e senza disturbo borderline di personalità.

2.3.2 Metodi

Soggetti

Il campione è stato reclutato attraverso diverse strutture e servizi: i) l'ambulatorio della Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Parma, Dipartimento di Neuroscienze; ii) una comunità per doppia diagnosi in provincia di Varese; iii) pazienti provenienti da studi di psicoterapia privati.

Sono stati considerati i seguenti criteri di esclusione:

- Disturbi psicotici in fase attiva;
- Disturbo bipolare in fase attiva;
- Ritardo mentale/deterioramento cognitivo;
- Età inferiore ai 18 anni o età superiore ai 75 anni.

Il campione clinico è composto da 121 pazienti. L'età media dei soggetti è di 37.22 anni (range 18-66, $ds=\pm 10.54$ anni). I maschi ($n=53$) rappresentano il 43.8% del campione, le femmine ($n=68$) il 56.2%. Il 61.2% dei soggetti ($n=74$) dichiara di essere celibe/nubile, il 17.4% ($n=21$) sposato, il 4.1% ($n=5$) convivente e il rimanente 14% ($n=17$) separato, divorziato o vedovo (dati sullo stato civile mancanti per 4 soggetti). Rispetto al livello di istruzione, il 5% dei soggetti ($n=6$) riferisce di aver conseguito la licenza elementare, il 27.3% la licenza media inferiore ($n=33$), il 51.2% la licenza media superiore ($n=62$), il 12.4% la laurea ($n=15$) e l'1.7% ($n=2$) dichiara di avere una formazione post-universitaria (dati sul livello di istruzione mancanti per 3 soggetti). Rispetto all'occupazione, l'11.7% del campione ($n=14$) è costituito da studenti, il 46.7% ($n=56$) da lavoratori, il 30.9% ($n=37$) da disoccupati e persone in cerca di una prima occupazione e il 3.3% ($n=4$) da pensionati (dati sull'occupazione mancanti per 4 soggetti).

Sono stati raccolti dalle cartelle cliniche i dati relativi alle diagnosi psichiatriche formali ricevute dai pazienti da parte dei curanti di riferimento. 104 pazienti (88.1%) hanno riportato almeno una diagnosi di asse I, 103 pazienti (87.3%) almeno una diagnosi di asse II e 90 pazienti (76.3%) almeno una diagnosi di asse I accompagnata da almeno una diagnosi di asse II. Il numero medio di diagnosi di asse I è risultato pari a 1.03 (range 0-3, $ds=\pm 1.554$). Rispetto all'asse II, i pazienti hanno riportato un numero medio di diagnosi pari a 1.34 (range 0-6, $ds=\pm 1.03$). Per quanto riguarda l'asse I, i disturbi con maggiore prevalenza sono risultati essere i disturbi correlati a sostanze ($n=42$, 34.7%) e i disturbi dell'umore ($n=38$, 31.4%), seguiti dai

disturbi alimentari (n=13, 10.7%) e da disturbi d'ansia (n=10, 8.3%) e altri disturbi (n=10, 8.3%). Rispetto ai disturbi di personalità, si registra nel campione un'elevata prevalenza di disturbi del cluster B (n=69, 57%), seguita da disturbi di cluster C (n=28, 23.1%) e di cluster A (n=11, 9.1%). In Tab. 2.5 sono riportati i dati relativi alla prevalenza dei disturbi di asse II nel campione clinico.

Tabella 2.5. Prevalenza di disturbi di personalità nel campione clinico.

	n	%
DP Paranoide	7	5.8
DP Schizoide	1	.8
DP Schizotipico	3	2.5
Qualsiasi disturbo di Cluster A	11	9.1
DP Antisociale	12	9.9
DP Borderline	30	24.8
DP Narcisistico	15	12.4
DP Istrionico	12	9.9
Qualsiasi disturbo di Cluster B	69	57.0
DP Evitante	9	7.4
DP Dipendente	10	8.3
DP Ossessivo/Compulsivo	9	7.4
Qualsiasi disturbo di Cluster C	28	23.1
DP Passivo/Aggressivo	9	7.4
DP Depressivo	5	4.1
DP NAS	34	28.1
Qualsiasi disturbo di Asse II	103	87.3

Strumenti e procedure

Ai soggetti partecipanti è stata richiesta la compilazione, oltre che dell'IPO, di una batteria di questionari auto-somministrati.

Ai soggetti che accettavano di partecipare alla ricerca è stato fornito un link per compilare on line la batteria di questionari.

Di seguito sono elencati i questionari utilizzati (per una descrizione dettagliata degli strumenti e delle loro proprietà psicometriche si rimanda al par. 2.2.2).

Inventory of Personality Organization (Kernberg & Clarkin, 1995).

Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118, Verheul et al., 2008): nel nostro campione lo strumento ha riportato buoni valori di consistenza interna, sia per i sedici *facets* (valori compresi tra $\alpha=.63$ e $\alpha=.85$) che per i cinque fattori sovraordinati (valori compresi tra $\alpha=.72$ e $\alpha=.90$).

Response Evaluation Measure 71 (REM 71) (Steiner et al., 2001; Prunas et al., 2009): nel presente studio è stata utilizzata solo la dimensione relativa ai meccanismi di difesa immaturi (F1), che ha riportato un valore di consistenza interna di $\alpha=.90$.

Borderline Personality Disorder Check-List (Giesen-Bloo et al., unpublished manuscript; Prunas et al., 2007): nel presente studio i valori di consistenza interna sono risultati pari a $\alpha=.95$ per il punteggio totale; relativamente ai nove indici sintomatologici i valori di consistenza interna sono compresi tra $\alpha=.67$ e $\alpha=.88$.

Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R; Derogatis, 1977; Prunas et al., 2011; Sarno et al., 2011): nel nostro campione l'indice globale (GSI) ha riportato un valore di $\alpha=.98$, mentre per i nove indici sintomatologici la consistenza interna è compresa tra $\alpha=.79$ e $\alpha=.93$.

Analisi dei dati

Le differenti strutture fattoriali dello strumento emerse in letteratura sono state confrontate attraverso una serie di analisi fattoriali confermative (CFA, *Confirmatory Factor Analyses*) effettuate con il software Mplus (Muthén & Muthén, 1998-2010). Per indicazioni specifiche relative alla scelta del metodo di stima e al trattamento dei dati mancanti si rimanda al par. 2.2.2.

L'adattamento dei diversi modelli è stato valutato attraverso l'esame di diversi indici di fit: il *Comparative Fit Index* (CFI; Bentler, 1990), il *Tucker-Lewis fit Index* (TLI; Bentler & Bonett, 1980) e il *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; Steiger, 1990). Le linee guida per l'interpretazione degli indici di fit (Hu & Bentler, 1999) sostengono che valori del CFI e del TLI $>.90$ indicano un buon adattamento del modello ai dati, valori del RMSEA compresi tra $.05$ e $.08$ indicano un fit accettabile e valori dell'RMSEA compresi tra $.00$ e $.05$ un fit eccellente. Poiché il confronto ha riguardato modelli non concatenati (*non nested*), le decisioni relative alle differenze nella bontà di adattamento sono state prese in ottica descrittiva, senza l'uso di un test formale di incremento del fit (Muthén & Muthén, 1998-2010).

L'invarianza fattoriale dello strumento è stata dunque esaminata utilizzando tecniche di CFA multigruppo che hanno impiegato i medesimi accorgimenti tecnici utilizzati nelle CFA dei diversi modelli dimensionali e che hanno confrontato l'adattamento del modello nel campione de presente studio e nel campione dello Studio 1 (campione clinico e *community sample*) e rispetto al genere dei partecipanti, considerando congiuntamente il campione del presente studio e quello dello Studio 1 (*community sample*). In primo luogo si è accertata la bontà dell'adattamento del modello dimensionale separatamente nei diversi gruppi (non clinico vs clinico; maschi vs femmine). Successivamente l'ipotesi relativa all'invarianza fattoriale dello strumento è stata verificata esaminando le differenze nel chi quadrato tra i modelli concatenati (*nested*). Infatti, l'invarianza può essere valutata formalmente quando lo stesso modello viene replicato tra diversi gruppi attraverso la comparazione dell'adattamento di modelli progressivamente sempre più restrittivi (*nested*). Come è noto, con stime quali il WLSMV i test di differenza del chi quadrato in modelli *nested* meritano particolare attenzione, soprattutto considerato il fatto che le differenze tra i valori del chi quadrato non hanno una distribuzione di chi quadrato (come viene annotato esplicitamente nell'output di Mplus). In questi casi, per ottenere il test corretto per la differenza dei chi quadrato, è necessario utilizzare il comando *difftest* di Mplus. Per una descrizione della procedura *difftest* e del metodo impiegato da Mplus per stimare i gradi di libertà si rimanda alle Appendici Tecniche di Mplus (Asparouhov & Muthén, 2006). Le differenze tra i modelli *nested* sono inoltre state valutate attraverso l'ispezione degli indici di fit sopra descritti (CFI, TLI, RMSEA). In particolare, l'indice CFI è stato considerato anche rispetto alle differenze tra i diversi modelli *nested*. Cheung e Rensvold (2002), infatti, considerano una differenza dei CFI minore o uguale a .01 come indicatore della tenuta dell'ipotesi di invarianza, mentre una differenza superiore a .02 è indicativa del fatto che esistono differenze tra i gruppi.

Per valutare la consistenza interna delle dimensioni dell'IPO è stato utilizzato l'indice α di Cronbach. Le analisi sono state condotte utilizzando il software SPSS versione 17.

Per verificare le ipotesi relative alle relazioni tra le scale dell'IPO e le misure di criterio è stata condotta una *path analysis*, sempre attraverso il software Mplus (Muthén & Muthén, 1998-2010). Le scale dell'IPO sono state inserite nel modello come variabili latenti (sempre attraverso CFA), mentre per gli altri questionari somministrati sono stati calcolati i relativi punteggi di scala, che sono dunque stati inseriti nel modello di *path analysis* come variabili osservate. Per quanto riguarda la scelta della stima da utilizzare, sono state seguite le stesse

linee guida adottate per la CFA, optando per il WLSMV. Anche gli indici considerati per la valutazione della bontà dell'adattamento del modello sono gli stessi utilizzati nella CFA.

Infine, sono state condotte delle analisi della covarianza (ANCOVA), controllando per l'effetto confondente del genere e dell'età, al fine di testare la presenza di differenze significative nei punteggi dell'IPO tra soggetti appartenenti al campione dello Studio 1 (*Community sample*) e dello Studio 2 (campione clinico) e, all'interno del campione clinico, tra pazienti con e senza diagnosi di disturbo borderline di personalità.

2.3.3 Risultati

Struttura fattoriale

Analogamente a quanto effettuato nello studio 1, anche nel campione clinico sono stati testati quattro modelli dimensionali attraverso una serie di CFA (Tab. 2.6). Il primo modello testato (1 Fattore) ha riportato valori di adattamento non accettabili: $\chi^2(1539, N=103)=2084.843$, CFI=.870, TLI=.865, RMSEA=.054 (solo quest'ultimo valore rientra nel range di adattamento accettabile). I dati suggeriscono, quindi, che l'IPO ha una struttura non unidimensionale. Anche il secondo modello testato (2 Fattori) ha riportato indici di adattamento non soddisfacenti: $\chi^2(1538, N=103)=2052.994$, CFI=.878, TLI=.873, RMSEA=.053 (solo quest'ultimo valore rientra nel range di adattamento accettabile). Si è dunque passati a esaminare la struttura teorica originaria a tre fattori (Difese primitive, Diffusione dell'Identità ed Esame di realtà) e anche in questo caso, gli indici di adattamento sono risultati non soddisfacenti: $\chi^2(1536, N=103)=2050.260$, CFI=.878, TLI=.873, RMSEA=.053 (solo quest'ultimo valore rientra nel range di adattamento accettabile). L'ultimo modello testato è stato quello a quattro fattori, che nello studio 1 ha mostrato un buon adattamento rispetto al campione non clinico. Il modello a 4 fattori ha riportato indici di adattamento soddisfacenti: $\chi^2(1371, N=103)=1781.134$, CFI=.901, TLI=.897, RMSEA=.050 (l'unica eccezione è costituita dall'indice TLI nel gruppo clinico, che con un valore di .897 si pone ai limiti dell'accettabilità).

Tabella 2.6. Indici di adattamento dei quattro modelli di CFA per l'IPO nel campione dello Studio 2

Modello	χ^2	gdl	N	CFI	TLI	RMSEA
1 Fattore	2084.843	1539	103	.870	.865	.054
2 Fattori	2052.994	1538	103	.878	.873	.053
3 Fattori	2050.260	1536	103	.878	.873	.053
4 Fattori	1781.134	1371	103	.901	.897	.050

Una volta individuato il modello a quattro fattori come quello che meglio si adatta ai dati anche nel campione non clinico, abbiamo proceduto a valutare l'invarianza della struttura fattoriale, comparando il campione clinico con il *community sample* dello Studio 1. L'invarianza della struttura fattoriale dell'IPO è stata dunque valutata rispetto all'appartenenza al campione clinico o al *community sample* e, considerando congiuntamente questi due campioni, rispetto al genere dei soggetti.

Innanzitutto è stata accertata la bontà dell'adattamento del modello a quattro fattori nei singoli gruppi. Come è possibile osservare in Tab. 2.7, per tutti i sottogruppi il modello a 4 fattori ha riportato indici di adattamento accettabili (l'unica eccezione è costituita dall'indice TLI nel gruppo clinico, che con un valore di .897 si pone ai limiti dell'accettabilità).

Tabella 2.7. Indici di adattamento del modello a 4 fattori nei singoli gruppi (clinico, non clinico, maschi, femmine).

Gruppo	χ^2	gdl	N	CFI	TLI	RMSEA
Clinico	1781.134	1371	103	.901	.897	.050
Non clinico	3035.325	1371	680	.924	.921	.042
Maschi	2088.518	1371	278	.933	.930	.042
Femmine	2646.309	1371	504	.927	.924	.042

Si è dunque proceduto a stimare il modello a 4 fattori simultaneamente nel gruppo clinico e non clinico, attraverso una CFA multigruppo, per valutare l'invarianza della struttura fattoriale rispetto all'appartenenza al sottocampione clinico e non clinico. Sulla base delle indicazioni di Muthén & Muthén (2009) per l'analisi multigruppo con outcome categoriali, sono stati dunque stimati una serie di modelli *nested* progressivamente più restrittivi.

Il primo modello stimato valuta l'invarianza configurale, ovvero il grado in cui il pattern di saturazioni fattoriali rimane consistente nei gruppi, consentendo alle saturazioni, alle correlazioni tra i fattori e alle varianze residue dei fattori di variare tra i gruppi (Horn & McArdle, 1992). Come è possibile osservare in Tab. 2.8, gli indici di fit indicano un buon adattamento del modello di invarianza configurale ai dati empirici. Il pattern a quattro fattori sembra dunque generalizzabile a entrambi i gruppi.

Con il secondo modello stimato si è voluta testare l'invarianza metrica, ovvero il grado in cui il pattern di saturazioni fattoriali e il loro valore sono equivalenti tra i gruppi, consentendo alle correlazioni tra i fattori e alle varianze residue dei fattori di variare tra i gruppi. Gli indici di fit riportati in Tab. 2.8 attestano la verifica dell'ipotesi di invarianza metrica. Vincolando il valore delle saturazioni a essere equivalente tra i gruppi, infatti, pur essendo significativo il *diff*test, le differenze in termini di CFI risultano minime ($CFI_{diff}=.003$) e per di più vanno in direzione di un miglior adattamento.

È stata dunque testata, con il terzo modello, l'invarianza delle covarianze tra i fattori latenti (invarianza di phi), ovvero il grado in cui il pattern di saturazioni fattoriali, il loro valore e il valore delle correlazioni tra i fattori sono equivalenti tra i gruppi, consentendo alle varianze residue dei fattori di variare tra i gruppi. Come è possibile osservare in Tab. 2.8, l'ipotesi di

invarianza di phi è stata confermata. Anche in questo caso, infatti, nonostante la significatività del *diff*test le differenze tra i CFI sono minime ($CFI_{diff}=-.005$).

In ultimo è stata testata, con un quarto modello, l'ipotesi di invarianza delle varianze dei fattori. Come è possibile osservare in Tab. 2.8 anche quest'ultima ipotesi può essere accettata, con differenze minime tra i CFI ($CFI_{diff}=-.001$), pur in presenza di *diff*test significativo.

Tabella 2.8. Indici di adattamento dei modelli di CFA multigruppo *nested* relativi ai gruppi clinico vs non clinico.

Modello di invarianza	χ^2	gdl	N	CFI	TLI	RMSEA	$\Delta \chi^2$	Δ gdl	p
Configurale	4484.506	2900	783	.925	.926	.037	-	-	-
Metrica	4457.736	2950	783	.928	.930	.035	86.460	50	p=.001
Covarianze	4570.176	2956	783	.923	.926	.037	48.973	6	p<.001
Varianze	4592.707	2960	783	.922	.925	.037	27.262	4	p<.001

L'invarianza fattoriale completa, ovvero il vincolo di uguaglianza degli errori residui tra i gruppi, non è stata testata, poiché l'ipotesi di tale tipo di invarianza è stata raramente verificata in *dataset* di dati applicativi reali (Horn & McArdle, 1992).

Anche rispetto ai due gruppi definiti dal genere di appartenenza dei soggetti si è proceduto a stimare il modello a 4 fattori simultaneamente nel gruppo dei maschi e delle femmine, attraverso una CFA multigruppo, per valutare l'invarianza della struttura fattoriale rispetto all'appartenenza al sottocampione "maschi" e "femmine". Il campione totale oggetto di questa analisi è composto da 817 soggetti e risulta dall'unione del campione di volontari non clinici (*community sample*, n=696) e del campione clinico (n=121). L'età media dei soggetti del campione totale è di 36.63 anni (range 18-74, $ds=\pm 13.58$ anni). I maschi (n=293) rappresentano il 38.1% del campione totale, le femmine (n=476) il 61.9% (dati sul genere mancanti per 48 soggetti).

Analogamente a quanto effettuato rispetto ai gruppi clinico e non clinico sono stati dunque stimati una serie di modelli *nested* progressivamente più restrittivi.

Il primo modello stimato valuta l'invarianza configurale. Come è possibile osservare in Tab. 2.9, gli indici di fit indicano un buon adattamento del modello di invarianza configurale ai dati empirici. Il pattern a quattro fattori sembra dunque generalizzabile a entrambi i gruppi.

Con il secondo modello stimato si è voluta testare l'invarianza metrica. Gli indici di fit riportati in Tab. 2.9 attestano la verifica dell'ipotesi di invarianza metrica. Vincolando il valore delle saturazioni a essere equivalente tra i gruppi, infatti, pur essendo significativo il *difftest*, le differenze in termini di CFI risultano minime ($CFI_{diff}=.005$) e per di più vanno in direzione di un miglior adattamento.

È stata dunque testata, con il terzo modello, l'invarianza delle covarianze tra i fattori latenti (invarianza di phi). Come è possibile osservare in Tab. 2.9, l'ipotesi di invarianza di phi è stata confermata. Anche in questo caso, infatti, nonostante la significatività del *difftest*, le differenze tra i CFI sono minime ($CFI_{diff}=.003$) e, ancora una volta, vanno in direzione di un miglior adattamento.

In ultimo è stata testata, con un quarto modello, l'ipotesi di invarianza delle varianze dei fattori. Come è possibile osservare in Tab. 2.9 anche quest'ultima ipotesi può essere accettata, con differenze minime e ancora positive tra i CFI ($CFI_{diff}=.001$), pur in presenza di *difftest* significativo.

Tabella 9. Indici di adattamento dei modelli di CFA multigruppo *nested* relativi ai gruppi maschi vs femmine.

Modello di invarianza	χ^2	gdl	N	CFI	TLI	RMSEA	$\Delta \chi^2$	Δgdl	<i>p</i>
Configurale	4762.822	2900	734	.931	.932	.041	-	-	-
Metrica	4680.548	2950	734	.936	.938	.039	76.250	50	p=.01
Scalare	4625.979	2956	734	.938	.940	.038	6.148	6	p<.001
Var/Covar	4612.948	2960	734	.939	.941	.038	10.544	4	p<.05

In Tab. 2.10, infine, sono riportate le saturazioni degli item dell'IPO sui quattro fattori ottenuti dalle CFA, sia relativamente al campione globale che, separatamente, rispetto ai diversi sottogruppi.

Tabella 2.10. Saturazioni fattoriali degli item dell'IPO relative alla soluzione a 4 fattori nel campione globale (Studio 1 + Studio 2) e nei sottogruppi.

Scala	Globale (n=786)	Non Clinico (n=680)	Clinico (n=103)	Maschi (n=278)	Femmine (n=504)
Instabilità Sé/Altri					
IPO22	.58	.56	.59	.57	.59
IPO14	.57	.59	.57	.51	.60
IPO38	.72	.72	.73	.72	.73
IPO9	.58	.53	.70	.65	.55
IPO23	.58	.56	.62	.52	.62
IPO2	.65	.61	.74	.60	.67
IPO26	.61	.61	.66	.64	.60
IPO24	.62	.62	.59	.69	.58
IPO48	.65	.61	.65	.65	.65
IPO10	.62	.60	.60	.56	.65
IPO28	.57	.53	.59	.59	.55
IPO25	.70	.68	.80	.71	.69
IPO20	.71	.68	.67	.71	.71
IPO18	.53	.50	.59	.48	.56
IPO42	.55	.52	.63	.54	.56
IPO8	.46	.42	.56	.42	.48
IPO3	.65	.61	.71	.66	.64
IPO13	.54	.54	.53	.52	.56
IPO7	.57	.52	.61	.64	.53
IPO32	.61	.60	.53	.61	.61
IPO44	.72	.71	.60	.72	.71
IPO1	.50	.47	.47	.48	.50
IPO33	.41	.39	.38	.49	.37
IPO41	.31	.31	.26	.28	.32
IPO29	.74	.73	.69	.80	.71
IPO34	.67	.62	.82	.67	.68
IPO37	.55	.52	.57	.57	.54
IPO21	.42	.41	.44	.42	.42
IPO39	.61	.59	.57	.64	.60
IPO15	.63	.61	.63	.57	.67
IPO27	.58	.48	.74	.59	.57
IPO6	.44	.46	.36	.45	.45
Instabilità Obiettivi					
IPO16	.88	.85	.95	.88	.88
IPO4	.77	.76	.80	.74	.78

Psicosi					
IPO40	.70	.70	.63	.66	.74
IPO36	.72	.74	.71	.65	.79
IPO53	.71	.69	.77	.75	.69
IPO43	.73	.69	.86	.80	.69
IPO11	.71	.68	.85	.66	.74
IPO35	.45	.53	.21	.50	.41
IPO12	.48	.50	.57	.41	.53
IPO51	.57	.62	.49	.58	.57
IPO30	.76	.69	.88	.79	.74
IPO57	.62	.58	.67	.65	.61
IPO55	.83	.79	.77	.83	.85
IPO5	.53	.53	.62	.51	.53
Instabilità Comportamenti					
IPO46	.81	.79	.75	.74	.83
IPO45	.72	.73	.57	.68	.74
IPO47	.75	.70	.76	.72	.76
IPO17	.64	.60	.57	.55	.70
IPO56	.59	.56	.54	.72	.52
IPO19	.72	.69	.67	.60	.78
IPO50	.70	.67	.61	.71	.69
IPO52	.75	.75	.73	.76	.74

Nota: tutte le saturazioni sono significative ($p < .001$)

Consistenza interna

Nel campione clinico le quattro dimensioni dell'IPO individuate da Ellison e Levy (in press) e confermate dalle CFA effettuate sui nostri dati hanno mostrato livelli di consistenza interna da accettabili a elevate. Come mostrato in Tab. 2.11, infatti, i coefficienti alpha di Cronbach sono compresi tra $\alpha = .80$ e $\alpha = .93$, con un α medio di $.85$. Per tutti e 4 i fattori il valore medio della correlazione corretta item-totale è risultato superiore a $.30$. Solo 3 item hanno riportato un valore di correlazione corretta item-totale inferiore a $.30$, ovvero gli item 41 e 6 appartenenti al fattore Instabilità dell'immagine di sé e degli altri e l'item 35 appartenente al fattore Psicosi. L'incremento nella consistenza interna di questi fattori una volta rimossi tali item è tuttavia minimo (da $\alpha = .929$ a $\alpha = .930$ per entrambi gli item del fattore Instabilità Sé/Altri, da $\alpha = .843$ a $\alpha = .855$ per l'item del fattore Psicosi). Come è possibile osservare in Tab. 2.11, i valori di consistenza interna dell'IPO nel campione clinico sono confrontabili con quelli ottenuti dallo strumento nel *community sample* (Studio 1)

Tabella 2.11. Indici α di Cronbach e correlazioni corrette item totale delle 4 dimensioni dell'IPO nel campione dello Studio 1 e nel campione dello Studio 2

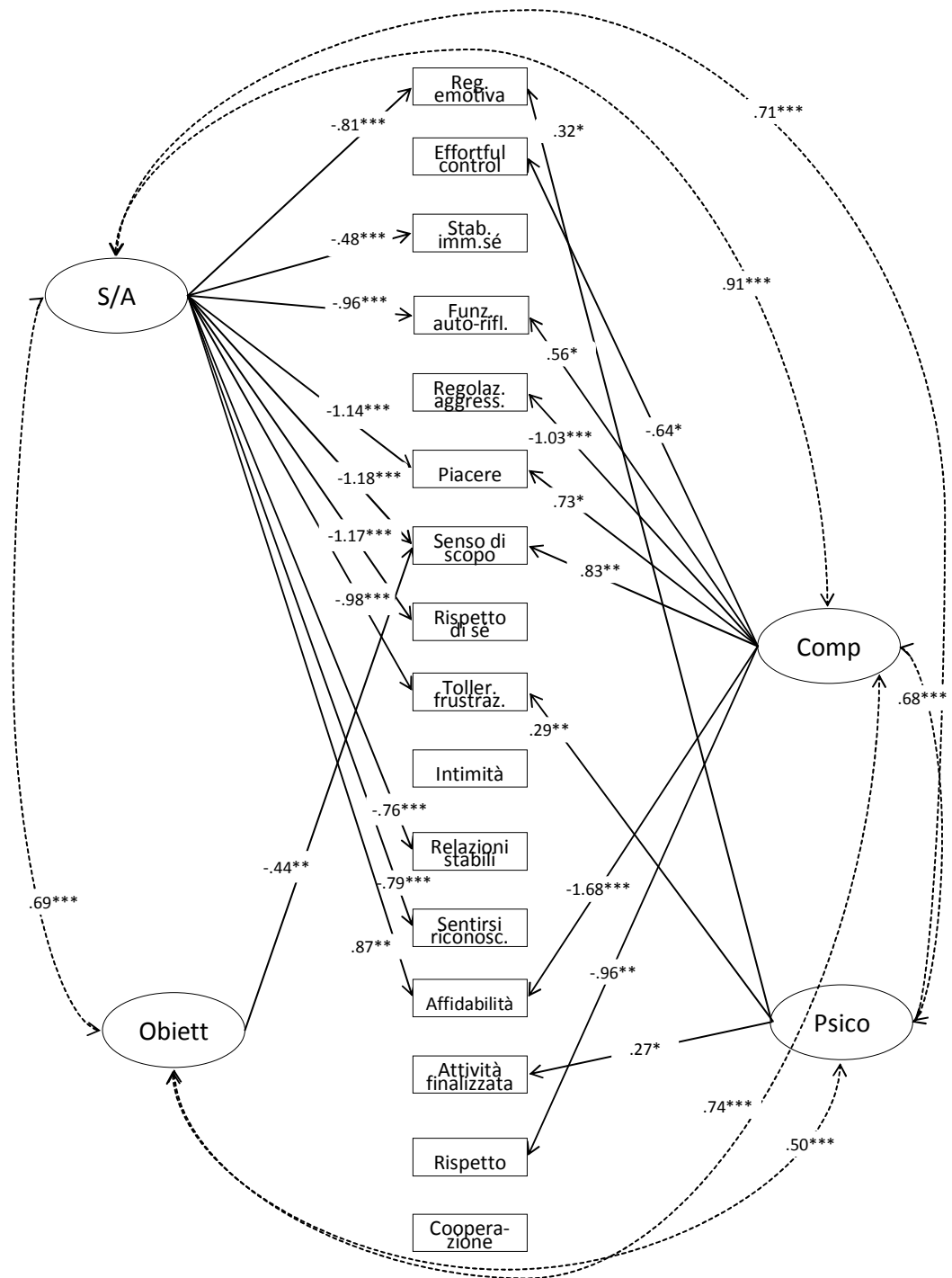
Fattore	n item	α Studio 1	α Studio 2	Correlazione corretta item-totale	
				M	range
Instabilità Sé/Altri	32	.91	.93	.52	.24-.72
Instabilità Obiettivi	2	.72	.81	.68	.68-.68
Psicosi	12	.79	.84	.52	.18-.71
Instabilità Comportamenti	8	.81	.80	.51	.40-.63

Validità convergente

Il modello di *path analysis* volto a verificare l'esistenza e la consistenza delle relazioni tra le 4 dimensioni dell'IPO (inserite nel modello come variabili latenti stimate attraverso CFA) e le misure di criterio esterne ha riportato indici di adattamento parzialmente accettabili: $\chi^2(3471, N=96)=4032.047$, CFI=.854, TLI=.809, RMSEA=.037. Di seguito vengono fornite le rappresentazioni grafiche del modello, suddivise rispetto al questionario utilizzato come misura esterna per praticità espositiva. Va, tuttavia, ricordato che il modello presentato è globale, ovvero comprende contemporaneamente le relazioni con tutte le misure di criterio. In tale modello le correlazioni tra le misure di criterio sono state stimate. La loro stima, tuttavia, non viene presentata nelle figure. Analogamente, pur essendo state stimate tutte le relazioni tra le variabili, vengono riportate solo quelle che raggiungono la significatività statistica. Nelle figure, dunque, le frecce continue rappresentano i coefficienti β standardizzati statisticamente significativi, mentre le frecce spezzate le correlazioni tra le variabili.

Nelle Fig. 2.6 e 2.7 sono rappresentate le relazioni tra i 4 fattori latenti dell'IPO e i punteggi osservati delle misure esterne del funzionamento della personalità misurati attraverso il questionario SIPP-118.

Figura 2.6. Modello di *path analysis* che illustra le relazioni tra i 4 fattori latenti dell'IPO ottenuti attraverso CFA e i punteggi delle sedici scale del questionario SIPP-118

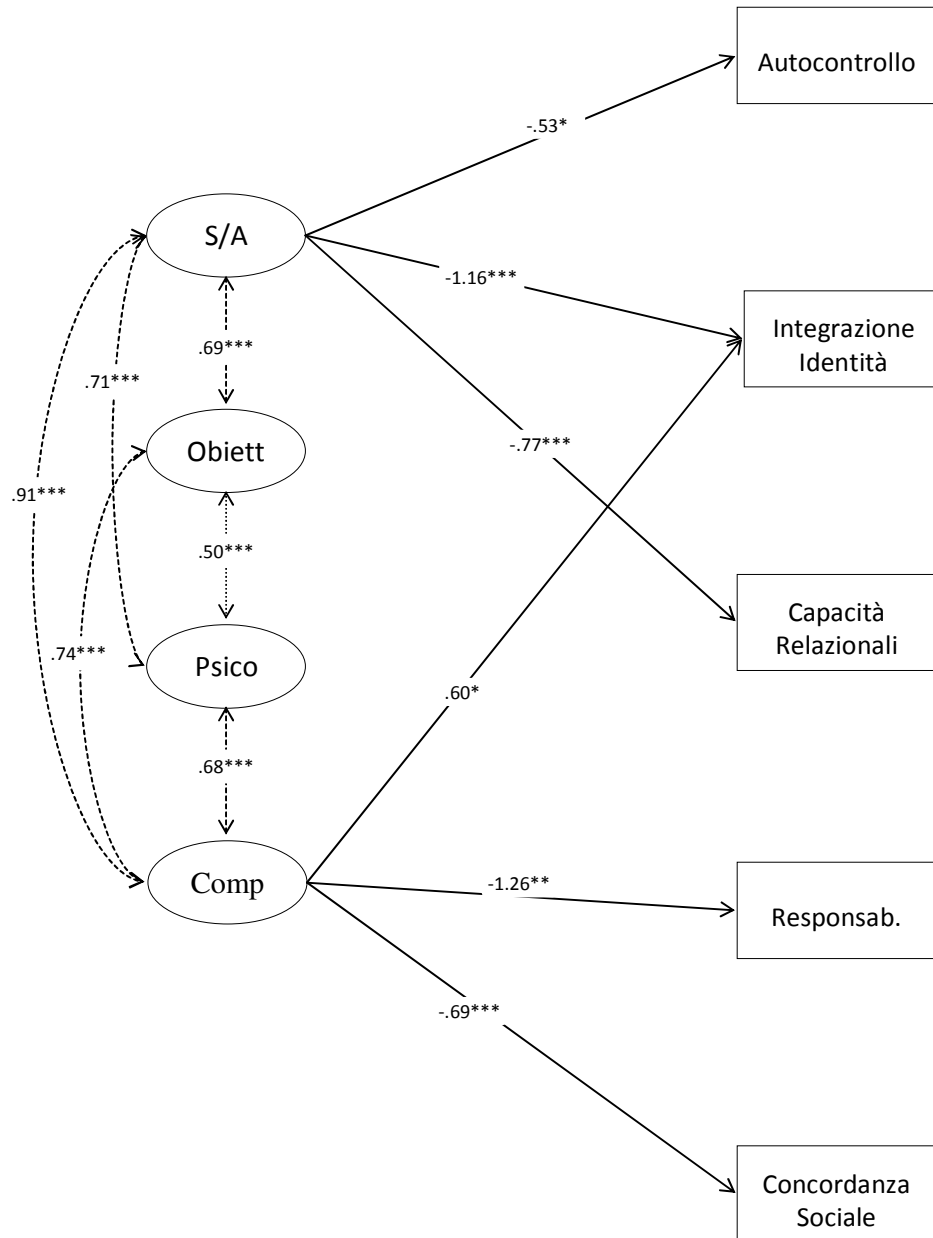


Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

In particolare, in Fig. 2.6 sono rappresentate le relazioni tra le dimensioni dell'IPO e le sedici dimensioni di SIPP-118: regolazione emotiva, regolazione dell'aggressività, *effortful control*, tolleranza della frustrazione, rispetto di sé, stabilità dell'immagine di sé, funzionamento auto-riflessivo, piacere, attività finalizzata, senso di scopo, affidabilità, intimità, relazioni stabili, sentirsi riconosciuto, cooperazione, rispetto. Come è possibile osservare, la dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* riporta relazioni significative con i domini di SIPP-118 che misurano caratteristiche relative all'integrazione dell'identità, in particolare regolazione emotiva, stabilità dell'immagine di sé, funzionamento autoriflessivo, piacere, senso di scopo, rispetto di sé; emergono inoltre relazioni significative tra questa dimensione dell'IPO e i domini di SIPP-118 che misurano caratteristiche relative ai rapporti con gli altri, in particolare tolleranza della frustrazione, sentirsi riconosciuti, relazioni stabili. La dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità degli obiettivi* presenta una relazione incrementale significativa con la scala relativa al senso di scopo. La dimensione *Instabilità del comportamento* dell'IPO, invece, registra relazioni significative con le scale relative a *effortful control*, regolazione dell'aggressività, affidabilità e rispetto. Questa dimensione presenta anche alcune relazioni incrementali significative, la più robusta delle quali è quella con il senso di scopo.

In Fig. 2.7, invece, sono rappresentate le relazioni tra le 4 dimensioni dell'IPO e le 5 dimensioni sovraordinate della SIPP 118: autocontrollo, integrazione dell'identità, capacità relazionali, responsabilità e concordanza sociale. Come è possibile notare, la dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* presenta relazioni significative con i domini relativi all'integrazione dell'identità, alle capacità relazionali e all'autocontrollo. La dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità del comportamento* presenta relazioni significative con i domini relativi a responsabilità e concordanza sociale. Questa dimensione presenta una relazione incrementale significativa, seppur di modesta entità, con il dominio relativo all'integrazione dell'identità.

Figura 2.7. Modello di *path analysis* che illustra le relazioni tra i 4 fattori latenti dell'IPO ottenuti attraverso CFA e i punteggi dei cinque domini del questionario SIPP-118



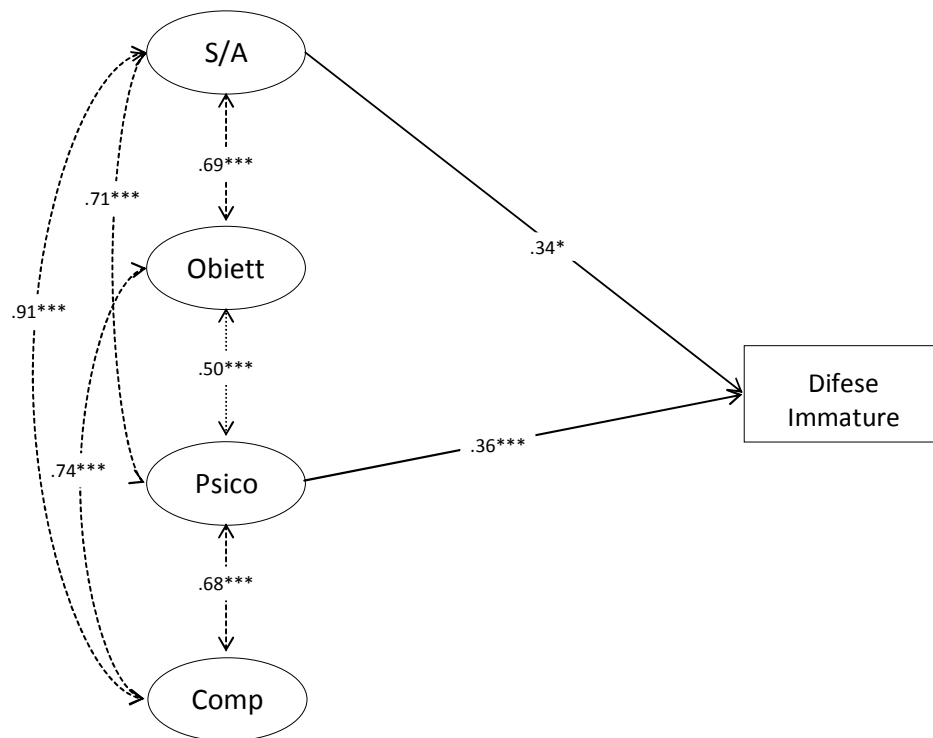
Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

La Fig. 2.8 rappresenta le relazioni tra le dimensioni dell'IPO e il punteggio osservato della misura esterna dell'assetto difensivo, valutato attraverso il questionario REM 71. In particolare, sono considerate le relazioni con il punteggio relativo alle difese immature. Come è possibile notare, si registra una relazione significativa tra la dimensione dell'IPO relativa alla *Psicosi* e il punteggio relativo alle difese immature. Anche la dimensione relativa all'*Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* presenta una relazione incrementale significativa, seppur di debole entità.

In Fig. 2.9 sono rappresentate le relazioni delle dimensioni dell'IPO con i punteggi osservati delle misure esterne relative alla gravità di tratti e sintomi del disturbo borderline di personalità riportati dai soggetti, misurati attraverso la BPDCL. In particolare, sono riportate le relazioni con il punteggio totale della BPDCL e i punteggi relativi ai nove sintomi-criterio del DSM IV per il disturbo borderline di personalità. Come è possibile notare, la dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità dell'immagine di Sé e degli altri* presenta relazioni forti e significative con le scale relative all'umore, all'identità, al senso di abbandono, al senso di vuoto, all'instabilità delle relazioni e alla rabbia, nonché una relazione con il punteggio totale della BPDCL. La dimensione *Psicosi* dell'IPO, invece, presenta relazioni significative, seppur di modesta entità, con la scala relativa a sintomi paranoide e dissociativi.

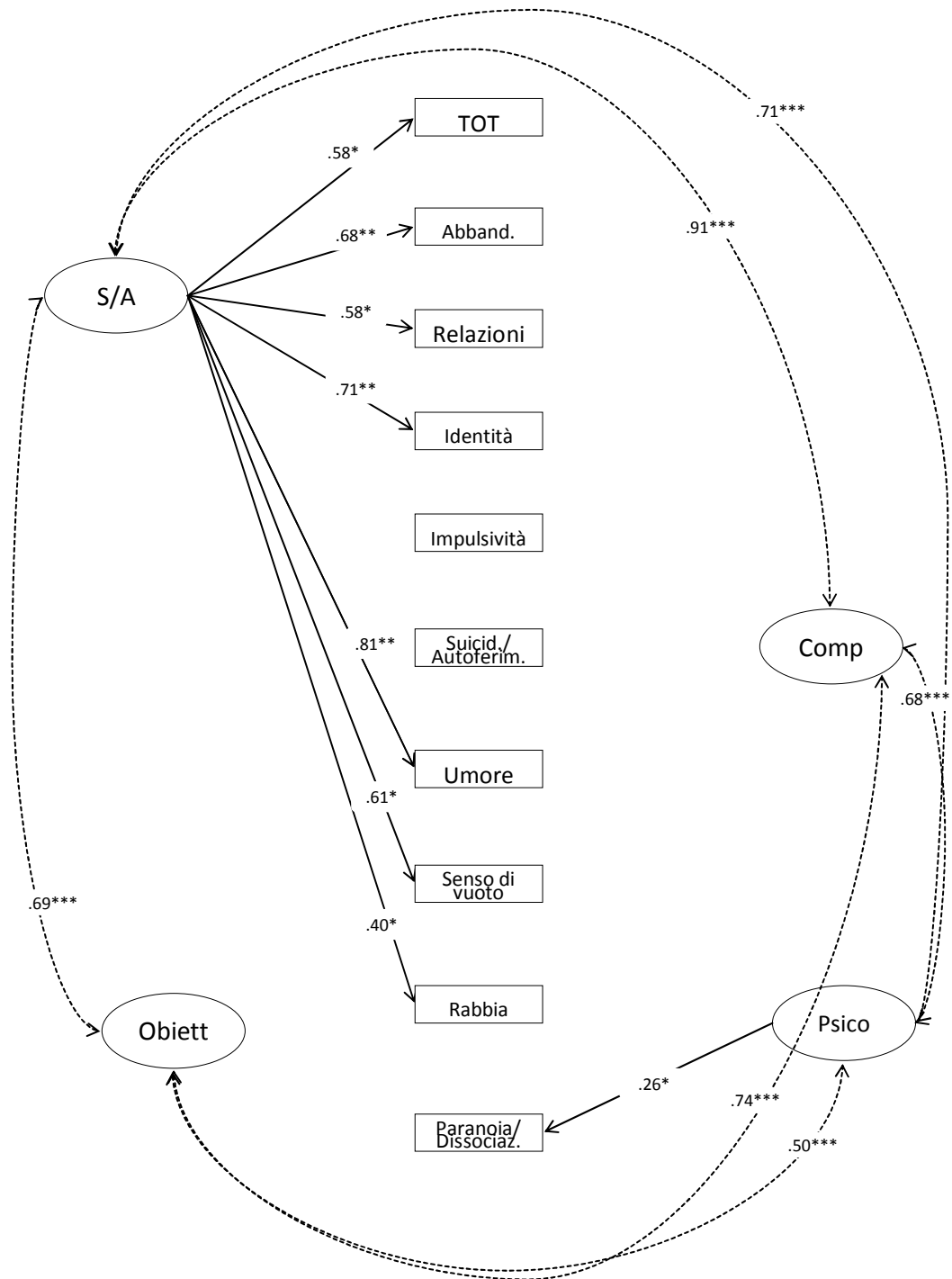
Infine, la Fig. 2.10 rappresenta le relazioni tra le dimensioni dell'IPO e i punteggi osservati delle misure esterne relative al distress psicopatologico misurato attraverso SCL 90-R. In particolare, sono riportate le relazioni con un indice globale di distress psicopatologico, il GSI, e con i nove domini sintomatologici valutati dallo strumento: sensibilità interpersonale, ossessività-compulsività, somatizzazione, depressione, ansia, ostilità e rabbia, ansia fobica, ideazione paranoide, psicotismo. Come è possibile osservare, la dimensione dell'IPO relativa all'*Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* presenta relazioni significative con tutti i domini sintomatologici di SCL 90-R, escluse le scale relative a somatizzazione e ostilità/rabbia, nonché con il punteggio globale di *distress* sintomatologico. La dimensione *Instabilità degli obiettivi* dell'IPO presenta alcune relazioni incrementali significative di lieve entità. La dimensione *Instabilità dei comportamenti*, invece, presenta una relazione significativa con la scala relativa a ostilità/rabbia. Infine, la dimensione *Psicosi* dell'IPO presenta una relazione incrementale significativa, seppur di lieve entità, con la scala relativa allo psicotismo.

Figura 2.8. Modello di *path analysis* che illustra le relazioni tra i 4 fattori latenti dell'IPO ottenuti attraverso CFA e il punteggio della scala relativa alle difese immature di REM 71



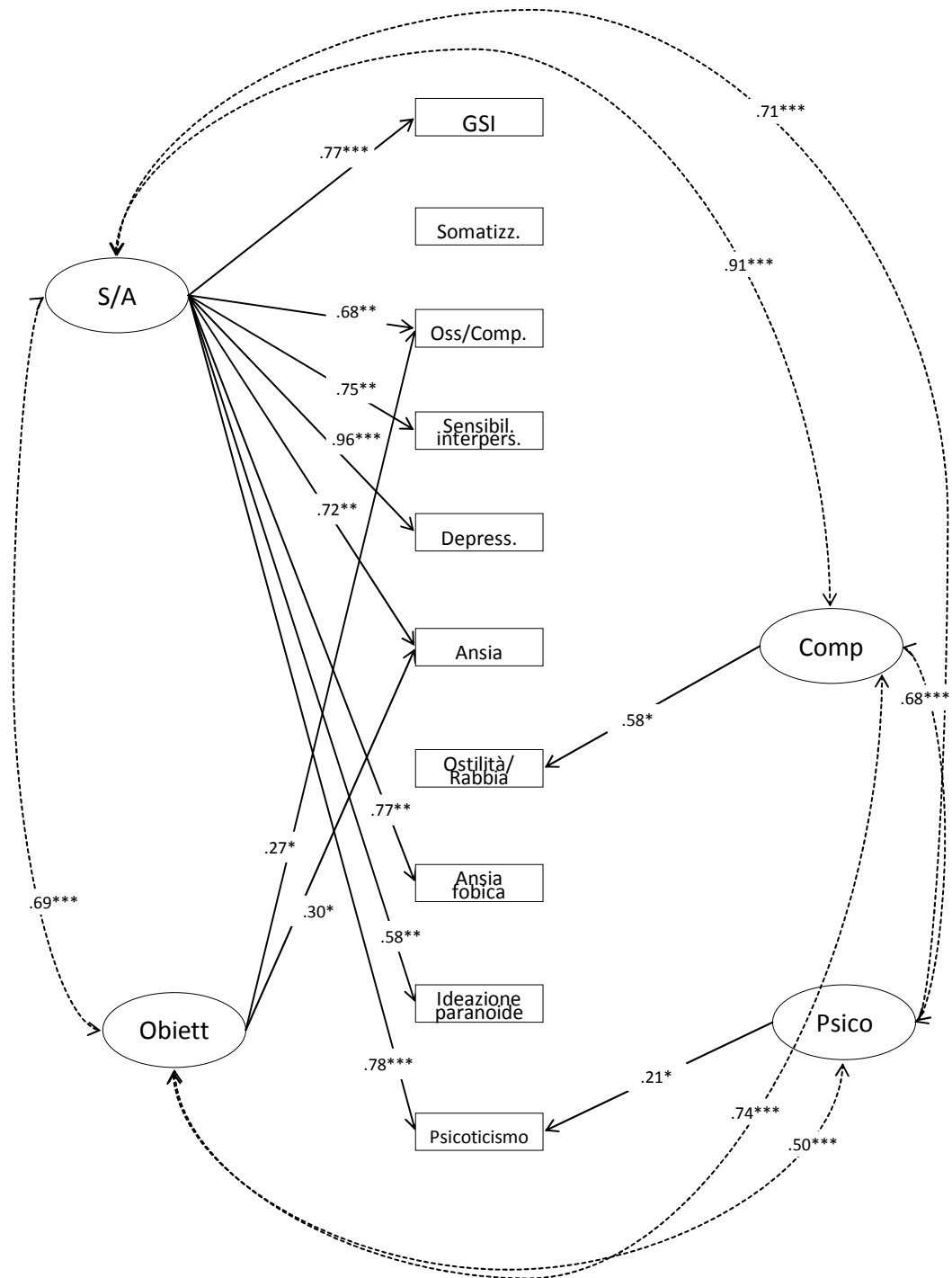
Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Figura 2.9. Modello di *path analysis* che illustra le relazioni tra i 4 fattori latenti dell'IPO ottenuti attraverso CFA e i punteggi delle scale della BPDCL



Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Figura 2.10. Modello di *path analysis* che illustra le relazioni tra i 4 fattori latenti dell'IPO ottenuti attraverso CFA e i punteggi delle scale di SCL 90-R



Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Validità di criterio

Sono state condotte delle analisi della covarianza (ANCOVA), controllando per l'effetto confondente di genere ed età, per testare la presenza di differenze significative nei punteggi dell'IPO tra soggetti appartenenti al campione dello Studio 1 (*Community sample*) e dello Studio 2 (campione clinico).

Tabella 2.12. Differenze nelle medie dei punteggi delle quattro sottoscale dell'IPO tra il campione dello Studio 1 (*Community sample*) e il campione dello Studio 2 (campione clinico), controllando per genere ed età

	Risultati corretti per genere ed età					
	Non clinico n=696	Clinico n=121	$F_{1,816}$	Non clinico n=696	Clinico n=121	$F_{1,767}$
	M±ds	M±ds		M; ES	M; ES	
Instabilità Sé/Altri	2.07±.50	2.54±.71	76.643***	2.08; .02	2.55; .05	79.553***
Instabilità Obiettivi	2.03±.83	2.45±1.06	24.149***	2.03;.03	2.45; .08	22.810***
Psicosi	1.52±.42	1.71±.65	17.627***	1.52; .02	1.71; .04	16.892***
Instab. Comportam.	1.51±.49	2.15±.76	144.792***	1.52; .02	2.16; .05	142.000***

Nota: ***p<.001

Come è possibile osservare in Tab. 2.12, per tutte e quattro le dimensioni dell'IPO i soggetti appartenenti al campione clinico riportano punteggi significativamente più elevati.

In Tab. 2.13, invece, sono riportate le differenze nei punteggi dell'IPO, all'interno del campione clinico, tra pazienti con e senza diagnosi di disturbo borderline di personalità.

Tabella 2.13. Differenze nelle medie dei punteggi delle quattro sottoscale dell'IPO tra soggetti del campione clinico con disturbo borderline di personalità e soggetti del campione clinico senza disturbo borderline di personalità controllando per genere ed età

			Risultati corretti per genere ed età			
	DBP n=30	No DBP n=88		DBP n=30	No DBP n=88	
	M±ds	M±ds	F _{1,117}	M; ES	M; ES	F _{1,117}
Instabilità Sé/Altri	2.91±.56	2.42±.72	11.548***	2.87; .13	2.45; .07	8.464**
Instabilità Obiettivi	2.97±1.09	2.28±1.00	9.604**	2.99; .19	2.28; .11	9.784**
Psicosi	1.89±.64	1.64±.63	3.490	1.88; .12	1.65; .07	2.609(NS)
Instab. Comportam.	2.41±.54	2.07±.81	4.497*	2.38; .14	2.09; .08	3.058 (NS)

Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Come è possibile osservare in Tab. 2.13, solo i fattori *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* e *Instabilità degli obiettivi* discriminano tra pazienti con o senza disturbo borderline di personalità. Rispetto alle dimensioni *Psicosi* e *Instabilità dei comportamenti*, invece, non vengono rilevate differenze significative tra pazienti con disturbo borderline di personalità e pazienti che non presentano tale disturbo.

2.4 DISCUSSIONE

Gli studi presentati nei precedenti paragrafi avevano l'obiettivo generale di fornire un contributo alla validazione della versione italiana dell'*Inventory of Personality Organization*, indagandone le proprietà psicometriche in un campione non clinico e in un campione di pazienti psichiatrici.

Per prima cosa, è stata testata l'ipotesi circa la dimensionalità dello strumento. Come illustrato nell'introduzione, in letteratura emergono diverse ipotesi circa la struttura fattoriale dell'IPO: i) la struttura originaria a tre fattori (Difese primitive, Diffusione dell'Identità ed Esame di realtà), che ha trovato conferma in alcune ricerche empiriche (Lenzenweger et al., 2001; Igarashi et al., 2009); ii) il modello bidimensionale (Lenzenweger et al., 2001; Berghuis et al., 2009), in cui gli item relativi alle scale teoriche originali "Difese primitive" e "Diffusione dell'identità" sono collassati in un'unica dimensione; iii) il modello a quattro fattori di Ellison e Levy (2011) (Instabilità dell'immagine di sé e degli altri, Instabilità degli obiettivi, Psicosi, Instabilità dei comportamenti). Abbiamo dunque testato l'ipotesi che quest'ultimo modello fosse quello che meglio si adatta a descrivere i dati raccolti. Nello Studio 1, testando comparativamente un modello unifattoriale *baseline* e i 3 modelli teorici alternativi appena elencati, i risultati delle CFA hanno messo in evidenza un migliore adattamento ai nostri dati per il modello a 4 fattori. Tale risultato è stato replicato nello Studio 2, in un campione clinico. Inoltre, nello Studio 2 abbiamo testato l'ipotesi che la struttura dimensionale dello strumento sia invariante in soggetti clinici e non clinici e considerando il genere. Avvalendoci di tecniche di CFA multivariate abbiamo stimato il modello a 4 fattori simultaneamente nei gruppi clinico e non clinico e nei gruppi di soggetti maschi e femmine. L'analisi di una serie di modelli *nested* progressivamente più restrittivi ha confermato, sia per quanto riguarda l'appartenenza al campione clinico e non clinico sia per quanto riguarda il genere, l'invarianza della struttura fattoriale a diversi livelli. È stata infatti confermata, innanzitutto, l'invarianza configurale, ovvero il grado in cui il pattern di saturazioni fattoriali rimane consistente nei gruppi. È stata poi confermata anche l'invarianza metrica, ovvero il grado in cui anche i valori delle saturazioni sono equivalenti tra i gruppi. Se l'invarianza configurale consente di formulare un giudizio di similarità qualitativa tra le strutture fattoriali nei diversi gruppi, l'invarianza metrica fornisce un test più forte per l'invarianza, introducendo il concetto di una medesima metrica, ovvero di uguali intervalli di scala nei diversi gruppi. Con il terzo e il quarto modello sono state

confermate anche le ipotesi relative all'invarianza delle varianze e covarianze tra i fattori latenti nei diversi gruppi.

In sintesi, i risultati relativi alla struttura fattoriale dell'IPO confermano la struttura a quattro fattori proposta da Ellison e Levy (2011) e ne attestano il miglior adattamento rispetto alle altre strutture proposte. Inoltre, estendendo i risultati del lavoro di Ellison e Levy, i nostri risultati confermano la bontà dell'adattamento della struttura a quattro fattori anche in un campione clinico. Infine, i risultati relativi alle analisi fattoriali confermate multigruppo rispetto al genere e rispetto all'appartenenza al campione clinico e non clinico attestano la robustezza dell'invarianza della struttura a quattro fattori.

La struttura a quattro fattori dell'IPO risulta supportata, nei nostri risultati, anche dai valori di consistenza interna riportati dalle scale dell'IPO. Sia nello Studio 1 (*Community sample*) che nello Studio 2 (Campione clinico), infatti, i valori dell'alfa di Cronbach relativi alle quattro scale dell'IPO si sono rivelati più che accettabili (Nunnally & Bernstein, 1994). Pochi item (uno nello Studio 1 e tre nello Studio 2) hanno riportato valori bassi (<.30) di correlazione con la scala di appartenenza. Considerando i risultati relativi ai valori dell'indice alfa di Cronbach e alle correlazioni item-totale possiamo dunque concludere che, sia nel campione non clinico che nel campione clinico gli item appartenenti alle quattro scale dell'IPO sono caratterizzati da una buona coerenza interna.

Nello Studio 1 è stata inoltre testata, su un sottocampione di 53 soggetti, l'ipotesi relativa alla stabilità nel tempo dei punteggi dell'IPO. I nostri risultati dimostrano che i punteggi delle quattro scale dell'IPO presentano ottimi livelli di stabilità test-retest a distanza di una settimana. Tali risultati confermano gli studi psicometrici sull'IPO citati in introduzione (Foelsch et al., 2000; Lenzenweger et al., 2001; Normandin et al., 2002; Berghuis et al., 2009). Tali risultati sono inoltre coerenti con il modello teorico di riferimento dell'IPO (Kernberg, 1984), secondo il quale le dimensioni misurate dal questionario si riferiscono a caratteristiche strutturali della personalità, che hanno la caratteristica di essere stabili, pervasive e durature.

I nostri risultati, inoltre supportano la validità concorrente dell'IPO. Sia nello Studio 1 (*Community sample*) che nello Studio 2 (Campione clinico) sono infatti emerse relazioni coerenti con aspetti della personalità misurati attraverso gli altri questionari somministrati ai partecipanti. Alcune conclusioni si possono trarre dall'analisi dei pattern di relazioni emerse rispetto ai singoli fattori dell'IPO.

Considerando il fattore *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* va notato, innanzitutto, come tanto nel campione non clinico quanto in quello clinico questa dimensione sia quella che presenta le relazioni più significative e più robuste con la maggior parte delle misure criterio adottate. Questo risultato, in linea con quanto emerso nello studio di Ellison e Levy (2011), in cui il primo fattore dell'IPO presentava le relazioni più significative con le misure esterne di coerenza del sé, funzionamento difensivo immaturo, intensità e labilità affettiva e difficoltà nella regolazione emotiva, depone a favore della concezione di tale dimensione come concetto centrale nell'organizzazione della personalità, in grado di influenzare le modalità di funzionamento dell'individuo in modo completo e variegato. Considerando le aree di funzionamento della personalità misurate dal questionario SIPP-118 (Verheul et al., 2008), i nostri risultati dimostrano che le caratteristiche misurate dal fattore dell'IPO *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri*, coerentemente con quanto atteso, sono in relazione con i domini dell'Integrazione dell'identità e delle Capacità relazionali (Fig. 2.2 e 2.7). Sembra, dunque, che entrambi gli aspetti della diffusione dell'identità misurati dal primo fattore dell'IPO, ovvero quello relativo alla difficoltà a formarsi un'immagine stabile integrata tanto di sé quanto degli altri significativi, mostrino relazioni coerenti con costrutti analoghi misurati in modo indipendente attraverso altri strumenti. Nel campione non clinico, inoltre, il primo fattore dell'IPO mostra relazioni anche con il dominio dell'Autocontrollo, che misura la capacità del soggetto di tollerare e controllare le proprie emozioni e i propri impulsi. Sebbene, come vedremo, questo dominio mostri relazioni significative anche con il fattore dell'IPO *Instabilità dei comportamenti*, sembra che la relazione con il fattore relativo all'*Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* possa riguardare quella parte dell'autocontrollo relativa alla capacità di regolazione emotiva, in linea con i risultati riportati da Ellison e Levy (2011). Considerando i sedici *facets* valutati da SIPP-118 (Fig. 2.1 e 2.6), i nostri risultati confermano la concordanza tra il primo fattore dell'IPO e misure dell'integrazione dell'identità riferite al sé (regolazione emotiva, stabilità dell'immagine di sé, funzionamento autoriflessivo, piacere, senso di scopo, rispetto di sé) e alle relazioni con gli altri (tolleranza della frustrazione, sentirsi riconosciuti, relazioni stabili, cooperazione). Anche i risultati relativi alle relazioni tra il fattore *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* dell'IPO e una misura esterna dello stile difensivo immaturo (REM 71; Steiner et al., 2001) depongono a favore della validità di tale dimensione dell'IPO (Fig. 2.3 e 2.8). Va considerato, infatti, che molti degli item volti a misurare le difese primitive nella versione originale dello strumento convergono, nella versione a 4 fattori, proprio sulla prima dimensione. Approfondiremo in seguito come questo dato possa trovare spazio nella struttura teorica dell'organizzazione di personalità secondo il modello di Kernberg.

Nel campione non clinico emerge, dunque, una relazione coerente tra questo fattore dell'IPO e la scala di valutazione delle difese immature di REM 71. Nel campione clinico, pur rimanendo significativa, questa relazione è più debole rispetto a quella rilevata tra le difese immature misurate da REM 71 e il fattore *Psicosi* dell'IPO. I nostri risultati confermano anche la validità di criterio del primo fattore dell'IPO, che ha mostrato di essere il miglior predittore della sintomatologia borderline riferita dai soggetti, rilevata attraverso un questionario indipendente, la BPDCL (Giesen-Bloo et al., *unpublished manuscript*) (Fig. 2.4 e 2.9). Il fattore ha inoltre dimostrato una capacità predittiva specifica relativa ai sintomi borderline più legati a problemi nell'integrazione dell'immagine di sé (senso di vuoto, umore, identità) e degli altri (senso di abbandono, instabilità delle relazioni). Sempre considerando la validità di criterio, inoltre, i risultati dello Studio 2 circa la capacità delle scale dell'IPO di discriminare tra soggetti clinici e non e tra soggetti con o senza diagnosi di disturbo borderline di personalità confermano l'ipotesi che *l'Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* ha un ruolo centrale nel definire il livello borderline dell'organizzazione di personalità. Infatti, i risultati confermano che non solo il primo fattore dell'IPO riporta punteggi significativamente più elevati nel campione clinico, ma che, all'interno di questo campione, si dimostra l'unico fattore, insieme all'*Instabilità degli obiettivi*, in grado di differenziare tra pazienti con disturbo borderline di personalità e pazienti che non riportano questa diagnosi. Questi risultati sono in linea con i dati riportati da Smits e coll. (2009), che hanno dimostrato che la dimensione diffusione dell'identità/difese primitive è l'unica in grado di discriminare tra soggetti clinici con e senza disturbi di personalità. Infine, considerando il livello di *distress* psicopatologico riportato dai soggetti, in linea con quanto riportato da Lenzenweger e coll. (2001) e da Berghuis e coll. (2009), i nostri risultati evidenziano come il fattore *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* presenti relazioni forti e significative con la maggior parte delle dimensioni psicopatologiche misurate da SCL 90-R, nonché con il suo indice globale di *distress* psicopatologico. Questo pattern di relazioni è assolutamente in linea con quanto ci si aspetta rispetto alle dimensioni misurate dall'IPO. È noto, infatti, che sia rispetto al modello di Kernberg (1996) che secondo quanto suggerito da altre ricerche (Depue & Lenzenweger, 2001) i disturbi di personalità – specialmente quelli inclusi all'interno dell'organizzazione borderline di personalità – sono caratterizzati da livelli elevati di ansia, depressione e sintomi psicopatologici correlati. Questo risultato, inoltre, è in linea con i risultati di Lenzenweger e coll. (2001) e Ellison e Levy (2011) che hanno trovato associazioni tra le scale dell'IPO e misure dell'affettività negativa di tratto.

Passando a considerare i risultati emersi rispetto al secondo fattore dell'IPO, quello relativo all'*Instabilità degli obiettivi*, si può osservare come questo secondo fattore, registri relazioni attese con le misure criterio. Considerando il questionario SIPP-118 (Fig. 2.1,2.2 e 2.6, 2.7), infatti, questo fattore dell'IPO riporta, coerentemente con il suo contenuto, relazioni con il fattore responsabilità, che valuta la capacità di porsi degli obiettivi realistici e di cercare di raggiungerli. Più in particolare, emergono relazioni con le sottodimensioni relative al senso di scopo, all'affidabilità e all'attività finalizzata, che misurano, nelle sue varie sfaccettature, la capacità dell'individuo di fare dei piani a lungo termine e di mettere in atto in modo affidabile, coerente e continuativo iniziative volte a realizzarli. Appare evidente come tali caratteristiche corrispondano a quelle misurate dal fattore dell'IPO. In termini di validità di criterio, inoltre, va rilevato come il punteggio del fattore *Instabilità degli obiettivi* discrimini, nello Studio 2, tra soggetti appartenenti al campione clinico e non clinico e tra soggetti con e senza disturbo borderline di personalità (insieme solo al fattore *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri*). Questo risultato conferma l'importanza che nel modello dell'organizzazione di personalità di Kernberg è rivestita da quella caratteristica chiave dell'identità che è rappresentata dalla capacità del soggetto di investire in maniera continua e consistente nello studio, nel lavoro o in altre attività finalizzate e che è misurata da questo fattore dell'IPO.

Considerando, invece, il fattore *Psicosi*, le relazioni con misure di criterio appaiono, per lo meno nel campione non clinico parzialmente più deboli e meno confermate della validità concorrente di tale fattore. Si tratta, nello Studio 1, di relazioni incrementali significative ma di modesta entità. Considerando lo Studio 2, invece, nel campione clinico emergono alcune relazioni che vanno in direzione della dimostrazione di un'associazione con misure criterio esterne. Considerando, innanzitutto, la relazione con i meccanismi di difesa primitivi (Fig. 2.8), il fattore *Psicosi* presenta relazioni coerenti con il fattore di REM 71 volto a misurare l'assetto difensivo immaturo, che comprende difese quali l'acting out, la dissociazione, il ritiro, la fantasia, che possono caratterizzare funzionamenti di tipo psicotico o quasi-psicotico (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1990) come quelli misurati da questo fattore dell'IPO. Considerando le relazioni con la misura esterna della sintomatologia borderline – il questionario BPDCL – il fattore *Psicosi* mostra una relazione unica con il cluster di sintomi paranoide-dissociativi (Fig. 2.9), in linea con le attese teoriche. Infine, considerando la misura del *distress* psicopatologico (SCL 90-R, Fig. 2.10), il fattore presenta una relazione incrementale significativa con il cluster sintomatologico dello psicoticismo. Sembra, dunque, che questi risultati confermino, quanto meno nel campione clinico, la relazione tra le manifestazioni

psicotiche misurate dal fattore *Psicosi* dell'IPO e misure esterne degli stessi costrutti. Il fatto che tali risultati non siano stati rilevati nel campione non clinico (Studio 1) potrebbe essere dovuto alla scarsa presenza, all'interno di un campione non psichiatrico, di sintomi di tale gravità da contraddistinguere soprattutto i pazienti che si collocano al livello più basso dell'organizzazione di personalità borderline, quasi al confine con quella psicotica. Considerando, infine, i risultati dello Studio 2 relativi alla validità di criterio, è possibile osservare come il fattore *Psicosi* consenta di discriminare soggetti clinici e non clinici ma non giochi un ruolo significativo nella differenza tra pazienti con o senza disturbo borderline di personalità. Questo risultato si mostra coerente con il modello teorico-nosografico di Kernberg (1984) secondo il quale il livello borderline di organizzazione di personalità non sarebbe caratterizzato da una perdita dell'esame di realtà.

Considerando, infine, il fattore dell'IPO volto a misurare *l'Instabilità dei comportamenti*, anche in questo caso le relazioni emerse con le misure criterio hanno dimostrato, coerentemente con le ipotesi, la validità concorrente di questo fattore. Considerando le caratteristiche di personalità misurate attraverso il questionario SIPP-118, infatti, questo fattore dell'IPO ha mostrato relazioni coerenti con indici di disregolazione comportamentale, ovvero la regolazione dell'aggressività e *l'effortful control* (Fig. 2.1, 2.6), cioè la capacità di focalizzare la concentrazione e padroneggiare gli impulsi attraverso sforzi consapevoli. Nel campione non clinico, inoltre, questo fattore ha mostrato relazioni significative con le misure esterne dell'impulsività e della rabbia misurate attraverso il questionario BPDCL (Fig. 2.4), nonché, nel campione clinico, con misure esterne di ostilità/rabbia ottenute attraverso il questionario SCL 90-R (Fig. 2.10). Infine, considerando la validità di criterio, questo fattore si è dimostrato quello che più fortemente consente di discriminare tra soggetti non clinici e clinici, a dimostrazione che le manifestazioni comportamentali sono probabilmente il più eclatante segnale di psicopatologia. In modo coerente con le attese teoriche, inoltre, il fattore *Instabilità dei comportamenti* non ha mostrato differenze tra pazienti con disturbo borderline di personalità e pazienti senza tale disturbo. Questo risultato segnala come la mancanza di regolazione dei comportamenti, pur essendo centrale nell'organizzazione borderline di personalità, è secondaria ad aspetti più nucleari, quali quelli relativi alla diffusione dell'identità.

I risultati relativi alla dimensionalità dell'IPO emersi nello Studio 1 e nello Studio 2, dunque, non si conformano appieno con la struttura teorica originaria dello strumento che prevede le tre dimensioni della diffusione dell'identità, delle difese primitive e dell'esame di

realtà che corrispondono a importanti aspetti della struttura di personalità nel modello di Kernberg. Tuttavia, come evidenziato anche da Ellison e Levy (2011) la struttura a quattro fattori confermata dai nostri risultati riflette aspetti importanti del modello strutturale dell'organizzazione di personalità. Sia il fattore *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* che il fattore *Instabilità degli obiettivi* possono essere considerati come parti integranti del concetto di diffusione dell'identità, che nel modello di Kernberg si manifesta tanto nell'incapacità di formare un'immagine stabile e integrata di sé e degli altri significativi, quanto nell'incapacità di investire in modo stabile, profondo e a lungo termine in obiettivi (lavorativi, di studio o comunque appropriati alla fase della vita dell'individuo) che riflettano un senso di coerenza interna. A dimostrazione della centralità di questi fattori nella valutazione globale della struttura di personalità, nei nostri risultati le relazioni più forti e significative con le misure esterne sono proprio quelle che riguardano il fattore *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri*; inoltre questi primi due fattori sono gli unici a discriminare, nello Studio 2, tra pazienti con e senza disturbo borderline di personalità. Il fattore *Psicosi*, invece, è quello che più si avvicina a uno dei fattori teorici previsti nella versione originale dell'IPO, ovvero la dimensione relativa all'esame di realtà. Tutti gli item che compongono il fattore *Psicosi*, infatti, derivano dalla dimensione esame di realtà, nei suoi aspetti più estremi e patologici (ovvero, disturbi o distorsioni del pensiero e della percezione). Coerentemente, i nostri risultati mostrano come nel campione non clinico (Studio 1) vi sia troppa poca varianza rispetto a queste caratteristiche estreme per poter cogliere delle relazioni significative, mentre, nel campione clinico, emergono relazioni con le misure legate alle manifestazioni psicopatologiche più psicotiche (psicoticismo, dissociazione e stati paranoidi e assetti difensivi primitivi). Gli item relativi all'"esame di realtà sociale" che nel modello originario saturavano sulla dimensione esame di realtà, nel nostro modello vengono incorporati dal fattore *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri*. Secondo i nostri risultati, dunque, la dimensione relativa all'esame di realtà si scompone: i suoi aspetti più patologici vanno a formare il fattore *Psicosi*, mentre gli aspetti relativi alla lettura dei *cues* sociali vanno ad aggiungersi al fattore *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri*, probabilmente per l'impatto che un malfunzionamento nell'esame di realtà sociale ha nella capacità del soggetto di formarsi un'immagine integrata e realistica degli altri. D'altra parte, come vedremo più avanti (Capitolo 3), questo risultato è coerente anche con la modalità attraverso la quale gli autori (Stern et al., 2010) hanno sviluppato la sezione relativa all'identità della *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*; in questo strumento, infatti, accanto alla valutazione della capacità di investire in modo coerente e continuativo nello studio e nel lavoro e di formarsi un'immagine coerente e stabile di sé e degli altri, una

caratteristica fondamentale nella valutazione dell'integrazione dell'identità è rappresentata dalla capacità del soggetto di leggere in maniera accurata gli accadimenti sociali; se questa funzione è compromessa, infatti, ne deriva un fraintendimento dei *cues* sociali con una conseguente distorsione dell'idea che il soggetto ha degli altri e delle loro intenzioni e motivazioni. Il quarto fattore, *Instabilità dei comportamenti*, sebbene non presente nel modello originario, raccoglie i derivati comportamentali dell'uso di meccanismi di difesa primitivi – con conseguente diffusione dell'identità, e da una lettura alterata della realtà. Tali caratteristiche hanno come derivato l'instabilità comportamentale e l'impulsività misurate da questo fattore. Non emerge, nella nostra struttura, un fattore separato per la valutazione dei meccanismi di difesa primitivi. Va tuttavia ricordato che nel modello di Kernberg difese e diffusione dell'identità formano un circolo vizioso. Gli aspetti legati alle difese primitive che si riflettono in una diffusione dell'identità e dunque in una incoerenza e instabilità nell'immagine di sé e dell'altro sono dunque, nel nostro modello, misurati dal fattore *Instabilità dell'immagine di sé e dell'altro*, mentre i derivati comportamentali più diretti delle difese sono misurati dal fattore *Instabilità dei comportamenti*.

3. VALIDAZIONE DELLA VERSIONE ITALIANA DELLA *STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION (STIPO)*

3.1 INTRODUZIONE

3.1.1 Origini e caratteristiche della Structured Interview of Personality Organization (STIPO)

La *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO) fornisce una griglia per la valutazione dell'organizzazione di personalità individuale secondo la concettualizzazione psicodinamica di Kernberg (1996). Precursore della STIPO è l'Intervista Strutturale (Kernberg, 1981; Clarkin, Kernberg, Somavia, 1998), uno strumento di *assessment* clinico con linee guida interne per valutare l'organizzazione di personalità (si veda il par. 1.2.2).

Nell'introduzione (par. 1.2.2) abbiamo descritto il metodo dell'intervista strutturale. Si tratta, a differenza dell'approccio diagnostico proposto dal DSM-IV-TR, di un metodo di *assessment* che ha forti radici teoriche (si veda il par. 1.2.1) e che è fortemente determinato dal grado di addestramento dell'intervistatore e dal suo intuito clinico, dal momento che richiede un elevato grado di inferenza per passare dalle informazioni raccolte (e dalla scelta delle domande da porre) alla conclusione clinica circa gli elementi della struttura di personalità del paziente. Per di più, non essendo previsto un sistema di *scoring* formale delle diverse aree indagate, la decisione circa il livello di patologia di personalità e il livello di organizzazione di personalità è affidata alla valutazione soggettiva del clinico. Questi elementi rendono, tra l'altro, difficile valutare il grado di accordo inter-rater.

Per far fronte ai problemi derivanti da un approccio al colloquio clinico non strutturato è stata sviluppata la STIPO, un'intervista semi-strutturata ideata sul modello del colloquio strutturale di Kernberg, in cui vengono operazionalizzate le dimensioni utili a indagare, in una prospettiva dimensionale, il livello di organizzazione di personalità che caratterizza l'individuo.

Attraverso l'utilizzo della STIPO è possibile ottenere informazioni sia a livello strutturale che dimensionale della personalità. Infatti, per quanto riguarda la valutazione della struttura di personalità, i soggetti possono ricadere nei livelli di organizzazione di personalità normale, nevrotico o borderline; attraverso l'intervista, inoltre, è possibile valutare aspetti collegati a una predisposizione aspecifica alla psicosi. Considerando l'aspetto dimensionale, l'intervista valuta la strutturazione dell'identità, la qualità delle relazioni oggettuali, l'uso di difese mature (lo stile di coping) o primitive, lo stato dell'esame di realtà e le distorsioni percettive, la qualità dell'aggressività e i valori morali. L'esplorazione dei vari domini procede sia attraverso gli aspetti comportamentali che rispetto al mondo interno del paziente. In questo aspetto la STIPO differisce in maniera sostanziale dalle valutazioni *DSM-oriented* e risente della sua impostazione teorica, nella convinzione che la sola componente fenomenologica – ad esempio la professione del paziente o il suo comportamento interpersonale – non accompagnata da informazioni sull'esperienza interiore del paziente, si dimostra insufficiente in quanto lo stesso comportamento può assumere differenti significati in individui diversi.

La STIPO è composta di 100 domande, ciascuna delle quali è fornita di una serie di ulteriori specificazioni che possono essere richieste dal clinico laddove la risposta del paziente sia vaga o imprecisa. Anche il sistema di *scoring* è strutturato e prevede una precisa narrativa per ogni possibilità di punteggio.

Come accennato in precedenza, i 100 item della STIPO indagano sette dimensioni (alcune delle quali hanno al loro interno delle sottodimensioni) relative alla struttura della personalità. Le prime tre dimensioni sono quelle ritenute centrali dal modello di Kernberg, ovvero l'identità, le difese primitive e l'esame di realtà; le restanti sono le relazioni oggettuali, l'aggressività, i valori morali e le modalità di coping/rigidità.

Identità

L'identità è definita come la modalità con cui gli individui fanno esperienza di sé, anche in relazione agli altri e rispecchia l'organizzazione e i contenuti del mondo interno del soggetto. Un'esperienza interiore integrata e stabile di sé e degli altri è alla base della percezione soggettiva di un Sé coeso e consente di muoversi flessibilmente da una rappresentazione di Sé all'altra, all'interno di una cornice integrata capace di tollerare l'inevitabile ambivalenza di

aspetti positivi e negativi presenti in ognuno. Al contrario, la dispersione dell'identità conduce a un'esperienza di sé e degli altri instabile e non integrata e comporta una sensazione soggettiva di non possedere un Sé coeso, rendendo il soggetto incapace di fare esperienza delle sfumature, intrappolato in una modalità instabile di percepire sé e gli altri secondo estremi completamente opposti. Un'identità consolidata corrisponde, dunque, a un mondo interno caratterizzato da modalità di esperire il sé e gli altri ben integrate, profonde e articolate; le rappresentazioni interne posseggono la qualità di "oggetti interi" e sono relativamente stabili nel tempo. Al contrario, la dispersione dell'identità corrisponde a un mondo interno in cui le esperienze di sé e degli altri sono polarizzate, contraddittorie e superficiali, cioè hanno la natura di "oggetti parziali" e sono instabili. Questa dimensione richiama anche uno dei nove criteri, il disturbo dell'identità, che nel DSM IV (APA, 1994) viene specificato come caratteristico del disturbo borderline di personalità, in cui l'assenza di confini chiari e la presenza di una marcata frammentazione, spesso associata a esperienze di abuso, permetterebbe di distinguere il soggetto borderline da quello che non lo è oltre che, all'interno del disturbo stesso, la tipologia con tratti disforici ed emotivamente instabile da quella più sul versante istrionico (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000).

Nella STIPO, l'identità viene valutata attraverso 30 item. Gli item riguardano l'analisi di alcuni correlati comportamentali, come la capacità di investimenti nel lavoro, nello studio e nelle attività del tempo libero. Vengono inoltre valutati il grado di integrazione e la stabilità del senso di sé e il livello di regolazione dell'autostima. L'identità viene infine valutata mediante l'esame del senso degli altri, del grado di integrazione e stabilità nell'esperienza degli altri, insieme alla capacità di valutare gli altri in profondità, al di là dei loro comportamenti transitori, e di percepire accuratamente quali siano i sentimenti e i pensieri altrui. La presenza di un'identità scarsamente consolidata distingue l'organizzazione borderline di personalità dall'organizzazione nevrotica.

Difese Primitive

Con il termine difese ci si riferisce a un insieme di meccanismi inconsci utilizzati per affrontare le emozioni e i pensieri, impulsi o immagini disturbanti, mantenendoli fuori dalla consapevolezza (Lingiardi & Madeddu, 1994). Nella teoria psicoanalitica i meccanismi di difesa sono funzioni di un Io stabile, dal momento che servono a gestire le richieste pulsionali (ambientali o interne, operate da istanze psichiche) in rapporto alla coscienza morale o alle

individuali capacità di fronteggiare reazioni affettive. Si tratta perciò di reazioni fondamentali per l'adattamento, per operare quell'ideale compromesso fra pulsione e morale culturale di cui Freud si occupò a lungo nella determinazione delle cause della nevrosi. I meccanismi di difesa non dovrebbero essere intesi come patologici, neppure se il loro impiego è disadattivo, dal momento che possono essere utilizzati in maniera troppo rigida, inflessibile, indiscriminata, ma la loro funzione è sempre la stessa, quella cioè formarsi nel corso dello sviluppo infantile per affrontare la realtà. Nei casi in cui i meccanismi di difesa vengano impiegati in senso disadattivo, sono riscontrabili le più comuni forme di disturbo mentale.

In particolare, le difese primitive contribuiscono a una visione distorta e frammentata del proprio mondo interno, della realtà esterna e dei rapporti interpersonali, fino a raggiungere un livello caricaturale nella rappresentazione di sé e degli altri.

Per Kernberg (1975, 1976, 1984, 1996) le difese primitive, come la scissione, l'idealizzazione, la svalutazione, il diniego primitivo, l'identificazione proiettiva e la somatizzazione sono caratteristiche degli individui con organizzazione borderline di personalità. Questa classe di meccanismi difensivi è considerata più arcaica rispetto a quella dei meccanismi tipici delle nevrosi, proprio perché più elementari e impiegate in maniera massiccia nella primissima infanzia. Quindi questi meccanismi difensivi sono utilizzati al posto di meccanismi più evoluti e maturi, impiegati dai pazienti nevrotici, quali rimozione, formazione reattiva, annullamento retroattivo, spostamento, isolamento, sublimazione, intellettualizzazione. Tuttavia per Kernberg, le operazioni difensive di scissione sono centrali anche nel caso delle psicosi e risultano essenziali in chiave diagnostica

Se nel diniego il soggetto esclude dalla coscienza, in modo automatico e involontario, certi aspetti della realtà che altrimenti sarebbero causa di troppa angoscia o dispiacere, attraverso la scissione e la fantasia è come se l'individuo rispettivamente rifiutasse un'immagine complessa di Sé e degli altri caratterizzata da sfumature e ambivalenze in favore di una rappresentazione "o tutto o niente" e vivesse in una realtà parallela, modalità questa per sfuggire a problemi reali ed esprimere desideri difficili da accettare. Nell'identificazione proiettiva (Klein, 1946), invece, il soggetto si trova ancora all'interno della posizione schizoparanoide, dominata dalla pulsione di morte e dal terrore che l'oggetto, non percepito ancora nella sua integrità, possa venirne distrutto. A differenza della proiezione semplice, tale meccanismo di difesa implica il mantenimento di un collegamento – distorto – con il materiale proiettato e si riflette nella caoticità delle relazioni interpersonali che caratterizzano i soggetti

con disturbi di personalità del livello borderline. Nella paranoia e nella somatizzazione, infine, il paziente si ritrova rispettivamente a essere immotivatamente diffidente rispetto agli altri, con serie distorsioni del pensiero e a tradurre a livello fisico sintomi di origine psichica.

Le difese primitive sono valutate nella STIPO attraverso 11 item che indagano i derivati consci, affettivi, cognitivi e comportamentali dell'uso delle operazioni difensive primitive. Uno stile difensivo primitivo permette di discriminare tra organizzazione di personalità nevrotica e borderline.

Esame di Realtà

Il terzo criterio strutturale nel modello di Kernberg è l'esame di realtà; esso implica la capacità di differenziare il Sé dal non-Sé e così, parallelamente, il mondo interno da quello esterno, permettendo all'individuo di porsi nelle relazioni con atteggiamento empatico e adatto alle norme sociali e di valutare in modo realistico la propria affettività, oltre che il comportamento e il contenuto del pensiero (Kernberg & Caligor, 2005).

A livello clinico questa capacità è presente e appare evidente nel colloquio con il soggetto nel momento in cui sono assenti comportamenti inadatti, pensieri bizzarri e manifestazioni affettive non in sintonia con lo stato interno dell'individuo, permettendo così un clima di collaborazione ed empatia nell'affrontare gli aspetti maladattivi del funzionamento.

Nella valutazione di questa dimensione, è importante per il clinico saper distinguere quella che è una vera e propria assenza dell'esame di realtà, frequente in pazienti psicotici con deliri e allucinazioni, da alcune alterazioni dell'esperienza soggettiva della realtà che caratterizzano solitamente soggetti ansiosi in momenti di maggiore regressione dovuti a eventi critici di vita e da simili alterazioni in soggetti con patologia caratteriale. L'aspetto discriminante a livello diagnostico appare dunque il livello di gravità con cui si manifesta questa alterazione del rapporto con la realtà, che può essere presente sia in soggetti sani in situazioni critiche sia in patologie estreme. In questo senso, nel soggetto nevrotico l'esame di realtà sarà totalmente conservato, a livello borderline possono essere presenti transitorie alterazioni della lettura della realtà (specie in riferimento alla corretta lettura dei *cues* sociali), mentre l'organizzazione psicotica è caratterizzata da una compromissione dell'esame di realtà.

La STIPO valuta l'esame di realtà attraverso 7 item che indagano aspetti legati alla depersonalizzazione, alla percezione di sensazioni corporee, all'esperienza della realtà interna ed esterna e alla comprensione del proprio impatto sociale sugli altri.

Relazioni oggettuali

Questa dimensione della STIPO valuta la qualità delle relazioni interpersonali del soggetto e la natura dell'esperienza interna di sé e degli altri in interazione. Il termine Relazione oggettuale è utilizzato correntemente nella teoria psicoanalitica contemporanea per designare le modalità con cui l'individuo si mette in relazione con il suo mondo; la relazione, secondo questa concezione, è il risultato complesso e totale di una certa organizzazione di personalità, di una apprensione più o meno fantasmatica degli oggetti e di alcuni tipi caratteristici di difesa. È noto che una persona è qualificata come oggetto in quanto è l'obiettivo delle pulsioni; non vi è nulla di peggiorativo nel termine, nulla in particolare che implichi che la qualità di soggetto viene in tal modo negata alla persona in questione. Il termine Relazione, in questo caso, va inteso nel senso forte (Laplanche & Pontalis, 1967): si tratta non solo del modo in cui il soggetto costituisce i suoi oggetti, ma anche del modo in cui questi modellano la sua attività. In una concezione come quella di Melanie Klein, il significato di questa idea viene rafforzato: gli oggetti – proiettati o introiettati – esercitano letteralmente un'azione (persecutoria, rassicurante ecc.) sul soggetto.

La qualità delle relazioni oggettuali si riferisce sia alla qualità delle relazioni interpersonali del soggetto sia alla natura dell'esperienza interiore di sé e degli altri nell'interazione. A livello intrapsichico, la qualità delle relazioni oggettuali è descritta in termini di stabilità, grado di integrazione e profondità dell'esperienza interiore di sé e degli altri nell'interazione e in termini di capacità di investimento nelle relazioni.

Nella STIPO, dunque, la qualità delle relazioni oggettuali viene valutata esaminando, attraverso 22 item, la natura e la stabilità delle relazioni interpersonali e intime, la capacità di coniugare tenerezza ed erotismo, la tendenza a percepire le relazioni in termini di soddisfacimento di bisogni, l'empatia e la capacità di mantenere un impegno verso gli altri nel tempo.

Aggressività

Questa dimensione della STIPO valuta quanto la vita interiore e il comportamento manifesto del soggetto sono dominati dall'aggressività e dalle difese contro l'aggressività.

La valutazione di questo aspetto avviene attraverso l'esame che il clinico effettua rispetto a sentimenti e affetti negativi come l'odio e il sadismo presenti nel soggetto e a comportamenti violenti che l'individuo rivolge contro di Sé attraverso l'autoferimento e verso l'esterno, con acting-out ed esercitando un controllo onnipotente sull'altro.

Nella STIPO l'aggressività viene valutata attraverso 12 item che indagano la presenza di comportamenti distruttivi e autodistruttivi, sadismo, controllo onnipotente sugli altri e presenza di sentimenti cronici di odio.

Valori morali

Questa dimensione fa riferimento al grado in cui il soggetto ha interiorizzato valori morali stabili che hanno un'influenza sul suo mondo intrapsichico e guidano il suo comportamento. La presenza di valori morali interiorizzati gioca un ruolo nella presa di decisioni ed è associata alla capacità di provare senso di colpa e dispiacere e alla possibilità di fare ammenda nel momento in cui le proprie azioni arrechino un danno all'altro.

Nella STIPO la moralità e i valori sono valutati attraverso 8 item che esaminano il comportamento del soggetto in relazione alla presa di decisione in ambito morale e alla capacità di sperimentare senso di colpa; in particolare, gli aspetti indagati nell'intervista riguardano l'inganno, i dilemmi morali, la mendacia, le attività illecite, la possibilità di sperimentare la colpa e lo sfruttamento interpersonale.

Coping/rigidità

Per definire i processi di coping, quali dimensioni psicologiche principalmente coinvolte nel processo di adattamento a situazioni stressanti (Holahan & Moos, 1994; Klapov et al., 1995), è necessario dare breve una definizione di ciò che si intende per stress. Tale termine viene utilizzato per la prima volta in psicologia da Cannon nel 1932 come sinonimo di stimolo nocivo. Successivamente Selye (1936) concettualizza lo stress come una serie di

reazioni difensive di natura fisiologica e psicologica attuate per far fronte a una minaccia o a una sfida. Selye fu il primo a riconoscere che lo stress non è una condizione necessariamente patologica e negativa, ma una reazione in primo luogo adattiva, in quanto finalizzata a ristabilire o a mantenere l'equilibrio omeostatico. Infine Lazarus e Folkman (1984) definiscono lo stress come la condizione derivante dall'interazione di variabili ambientali e individuali, che vengono mediate da variabili di tipo cognitivo. Quindi gli eventi sono stressanti nella misura in cui sono percepiti come stressanti, per cui uno stimolo produrrà o meno una reazione di stress a seconda di come viene interpretato e valutato (Lazarus, 1998). Tuttavia lo stress non è un'esperienza esclusivamente soggettiva, ma la sua entità è definita anche dalle caratteristiche oggettive dello stimolo, ovvero dalla qualità dell'evento (come l'impatto emozionale che produce nel soggetto) e dalla sua quantità (come, per esempio, la durata temporale e la "vicinanza" con altri eventi che costituiscono una potenziale minaccia per l'equilibrio psico-fisico dell'individuo). Infine, la portata stressogena di un evento è definita, oltre che dalla valutazione cognitiva e dalla percezione emotiva dello stimolo (valutazione primaria), anche dalla cosiddetta valutazione secondaria, ovvero dalla valutazione che un individuo compie delle proprie risorse e capacità di far fronte allo stimolo stressante (strategie di coping). In altre parole un evento sarà tanto più stressante quanto più l'individuo si percepirà inadeguato e incapace di fronteggiarlo (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). Le strategie di coping sono, dunque, le modalità che definiscono il processo di adattamento ad una situazione stressante. Tuttavia esse non garantiscono il successo di tale adattamento. Infatti il coping, se è funzionale alla situazione può mitigare e ridurre la portata stressogena dell'evento, ma, se è disfunzionale ad essa, può anche amplificarla. Comunque, quando si parla di coping ci si riferisce all'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali attuati per controllare specifiche richieste interne e/o esterne che vengono valutate come eccedenti le risorse della persona (Lazarus, 1991).

Si può desumere, da questa breve trattazione, come l'elemento essenziale per un buon adattamento allo stress, soprattutto nel caso di eventi stressanti duraturi nel tempo, sia la flessibilità nell'uso delle strategie di coping, la capacità, cioè, di non irrigidirsi su un'unica strategia, ma di riuscire a cambiarla qualora si dimostri inefficace e disadattiva. Per rigidità si intende, invece, la tendenza cronica a rispondere a situazioni potenzialmente stressanti secondo modalità automatiche e stereotipate che risultano, in una certa misura, disadattive. Una risposta disadattiva, che riflette una rigidità del carattere, causa sofferenza psicologica senza necessariamente rispondere in modo ottimale alle circostanze esterne.

Questa sezione della STIPO, dunque, valuta la capacità dell'individuo di rispondere in modo flessibile e adattativo a situazioni potenzialmente stressanti. Il soggetto che utilizza prevalentemente strategie di coping funzionali è in grado di rispondere in maniera adattativa agli stressor e di ridurre al minimo l'impatto che essi hanno sul suo funzionamento, garantendo, al tempo stesso, una risposta appropriata e costruttiva agli eventi esterni. Al contrario, la rigidità delle strategie di coping conduce a una tendenza cronica a rispondere a situazioni potenzialmente stressanti secondo modalità automatiche e stereotipate che risultano, in una certa misura, disadattive. La rigidità della risposta, che riflette una sottostante rigidità di carattere, è causa di ulteriore disagio psichico che, all'interno di un circolo vizioso, alimenta lo stato di disagio stesso che ha favorito l'adozione di tale risposta.

Nella STIPO il coping e la rigidità sono valutati attraverso 10 item che indagando da un lato le modalità con cui il soggetto anticipa e risponde a situazioni stressanti, alle sfide e alle situazioni frustranti, e dall'altro il grado con cui l'individuo è in grado di tollerare situazioni che sono al di fuori del suo controllo e la tendenza ad affrontarle come sfida e momento di crescita piuttosto che viverle con scoraggiamento e delusione.

La dimensione coping/rigidità della STIPO risulta dunque utile al fine di discriminare l'organizzazione nevrotica da quella normale, in funzione delle strategie più frequentemente utilizzate. I soggetti normali ricorrono prevalentemente a strategie mature, che sono al contempo flessibili e adattative. I soggetti nevrotici ricorrono invece prevalentemente a difese nevrotiche, che sono rigide, spesso causano sofferenza psichica e risultano meno adattive di quelle mature.

Scoring

L'assegnazione dei punteggi avviene secondo due sistemi che ritengono ugualmente importante sia la risposta del paziente sia l'intuito clinico dell'intervistatore.

Nel primo caso la risposta a ogni item viene valutata su una scala da 0 a 2, dove 0 indica la totale assenza di un determinato aspetto patologico, 1 un livello intermedio di presenza solo per alcuni aspetti, 2 la presenza di patologia nell'aspetto indagato. Nell'assegnazione di un punteggio, ciò che discrimina un livello 1 da un livello 2 è definito dalla frequenza, dall'intensità, dalla gravità e dalla pervasività di uno specifico comportamento o modo di sentire. Sono fornite indicazioni specifiche per ogni item della STIPO per assistere

l'intervistatore nell'assegnazione del punteggio più appropriato (0, 1 o 2) a ogni singola risposta. Queste indicazioni includono le caratteristiche chiave che una risposta deve avere per poter essere valutata con un punteggio di 0, 1 o 2. La media dei punteggi degli item costituirà il punteggio relativo a ciascuna dimensione e sottodimensione.

Nel secondo sistema, invece, per ogni area viene effettuata una valutazione qualitativa su una scala da 0 a 5 al fine di definire il livello di salute o patologia che caratterizza il dominio considerato; si tratta in questo caso non di una media aritmetica dei punteggi ottenuti agli item o per ogni dominio e in cui, ad ognuno di essi, viene assegnato un peso eguale, ma di un sistema di valutazione che permette al clinico di dare una diversa importanza a ogni risposta in funzione della sua esperienza. Le scale a 5 punti sono valutate dall'intervistatore dopo l'ultima domanda di una determinata sezione, sulla base delle risposte alle domande fornite alla STIPO, del comportamento non-verbale del soggetto durante l'intervista e del proprio intuito clinico.

In sintesi, entrambe le modalità di scoring sono basate sulle valutazioni dell'intervistatore durante la somministrazione dell'intervista. I dati pilota raccolti dagli autori dell'intervista (Stern et al., 2010) suggeriscono che le valutazioni su scala a 5 punti sono altamente correlate con i punteggi ottenuti come media degli item, ed è attualmente in corso di elaborazione un metodo per l'integrazione di questi due sistemi di scoring.

3.1.2 Proprietà psicometriche

La *Structured Interview of Personality Organization* (Stern et al., 2010) così come è stata descritta nel paragrafo precedente, non esiste solo nella versione inglese; l'intervista, infatti, è stata tradotta anche in lingua tedesca (Hörz et al., 2009, Fischer-Kern et al., 2010).

Coerenza Interna e inter-rater reliability

Una delle proprietà psicometriche indagate dallo studio sulla versione originale dello strumento (Stern et al., 2010) è stata l'attendibilità, valutata attraverso l'indice alfa di Cronbach per la stima della consistenza interna. I risultati hanno mostrato una soddisfacente consistenza interna per due dei tre domini principali della STIPO, $\alpha=.86$ per il fattore Identità e $\alpha=.85$ per il fattore Difese primitive. La dimensione relativa all'Esame di realtà ha riportato un

valore appena al di sotto dell'accettabilità, $\alpha=.65$, probabilmente, come sostengono gli autori stessi, anche a causa della brevità della scala stessa (7 item).

Un altro aspetto particolarmente importante nella valutazione delle proprietà psicometriche di un'intervista clinica consiste nella possibilità, per due giudici indipendenti, di giungere alle stesse conclusioni in merito al punteggio da assegnare a una risposta. Per misurare questo parametro viene considerato il grado di accordo tra giudici, che garantisce la validità teorica del modello sottostante in funzione dell'omogeneità delle valutazioni date. Se è stata documentata una buona affidabilità tra giudici per le interviste strutturate che misurano le caratteristiche di personalità a un livello descrittivo-fenomenologico, è ancora invece molto scarsa la ricerca a un livello strutturale (Ingenhoven et al., 2009). Carr e coll. (Carr, Goldstein, Hunt, & Kernberg, 1979), nel loro studio sull'attendibilità tra giudici nella valutazione dell'organizzazione della personalità attraverso il colloquio strutturale, hanno utilizzato il coefficiente kappa (Cohen, 1968) e hanno trovato un accordo quasi perfetto nella valutazione del 91% dei casi rispetto all'organizzazione borderline e psicotica ($k=0.90$; 95% CI= 0.77-1.00). Alte correlazioni tra giudici sono state riscontrate anche da Kullgren (1987) per l'integrazione dell'identità ($r=0.92$), le modalità difensive ($r=0.89$), l'esame di realtà ($r=0.78$) e la diagnosi strutturale ($r=0.75$). Anche lo studio di Ingenhoven e coll. (2009), somministrando l'intervista strutturale di Kernberg (1984) all'interno di un campione costituito da 69 pazienti psichiatrici, di cui l'88.4% con diagnosi di asse I e il 94.2% con diagnosi di asse II, ha voluto dimostrare non solo l'accordo tra giudici per le specifiche componenti dell'organizzazione di personalità (esame di realtà, integrazione dell'identità e livello di difensivo) e la classificazione tripartita del livello di organizzazione di personalità, ma anche valutare una quarta classificazione dovuta alla suddivisione dell'organizzazione borderline in due ulteriori livelli di basso e alto funzionamento. L'accordo tra giudici è risultato essere buono per le difese primitive, moderato per la diffusione d'identità e sostanziale per l'esame di realtà. Lo studio di Ingenhoven e coll. (2009), tuttavia, solleva alcuni problemi circa la possibilità di attribuire in modo affidabile la diagnosi relativa alla struttura di personalità attraverso interviste strutturali effettuate da operatori diversi. In primo luogo, infatti, solo un limitato numero di pazienti intervistati risulterebbe caratterizzato da un accordo tra giudici abbastanza ampio. Inoltre, nello studio non si è considerato il livello di esperienza e addestramento dell'intervistatore, che avrebbe potuto giocare un ruolo nei diversi livelli di accordo riscontrati.

Nel già citato studio di Stern e coll. (2010) relativo alla versione originale della STIPO, invece, emergono prove a favore dell'inter-rater reliability per i tre domini principali indagati

dall'intervista strutturata: identità, difese primitive ed esame di realtà. Utilizzando il coefficiente di correlazione intraclassa (ICC) come misura dell'inter-rater reliability, infatti, gli autori riportano risultati soddisfacenti per tutti e tre i domini della STIPO: identità (ICC=.96); difese primitive (ICC=.97) ed esame di realtà (ICC=.72).

Associazioni con misure esterne

Per valutare la validità di costrutto, nello studio di Stern e coll. (2010) sono stati utilizzati due diversi strumenti che misurano in modo parallelo gli stessi domini, ovvero la STIPO e l'IPO (Lenzenweger et al., 2001); la correlazione tra i due è risultata significativa ($p < .001$) per ognuna delle tre dimensioni valutate (Identità: $r = .57$; Difese: $r = .56$; Esame di realtà: $r = .45$).

Per valutare poi nello specifico la validità convergente, Stern e coll. (2010) hanno somministrato a un campione clinico di 142 soggetti, di cui 30 pazienti ricoverati in unità specializzate per i disturbi di personalità, 24 pazienti ambulatoriali e 88 pazienti che richiedevano trattamento presso un istituto psicoanalitico, con un'ampia gamma di patologie escluse quelle psicotiche, oltre alla STIPO e all'IPO, una batteria di autosomministrati per valutare le relazioni convergenti delle dimensioni principali della STIPO: la *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* (SNAP, Clark, 1993), costituita da 375 item a risposta vero/falso per valutare i tratti associati ai disturbi della personalità a partire dai criteri diagnostici descrittivi, il *Buss-Durke Inventory* (Buss & Durke, 1957) per la valutazione dell'aggressività e l'*Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-PD; Pilkonis, Kim, Proietti, & Barkham, 1996; Stern, Kim, Trull, Scarpa, & Pilkonis, 2000) per la valutazione dello stress interpersonale associato alla patologia della personalità. Gli autori hanno trovato che alti livelli di patologia nella personalità valutati attraverso i tre fattori principali della STIPO sono positivamente associati con gli affetti negativi e inversamente associati con quelli positivi. In particolare il dominio dell'identità sarebbe positivamente associato agli affetti negativi attraverso un gruppo di item che riflettono la stabilità e la consistenza del senso di Sé che il soggetto ha nel tempo, nello spazio e nelle situazioni; anche l'esame di realtà risulta essere un predittore significativo dell'affettività negativa. Gli autori hanno inoltre rilevato un contributo significativo unico del fattore della STIPO per la valutazione delle Difese nello spiegare parte della varianza relativa all'aggressività. Sono state rilevate, inoltre, relazioni significative tra i tre domini della STIPO e misure di deficit cognitivo (il fattore Esame di realtà dell'IPO e la dimensione *percezioni eccentriche* della SNAP), ma i risultati delle regressioni multiple non

hanno condotto a individuare un contributo unico significativo per nessuna delle tre dimensioni in particolare. Considerando, invece, le relazioni con i tratti dei diversi cluster di personalità misurati attraverso la SNAP, l'identità e l'esame di realtà sarebbero predittori della varianza nel cluster A, le difese primitive contribuirebbero in maniera unica alla varianza del cluster B e l'esame di realtà a quella del cluster C.

Fischer-Kern e coll. (2010) hanno invece realizzato uno studio sulla struttura psichica, valutata attraverso la STIPO, e sulla comorbidità psichiatrica nei pazienti con dolore cronico, trovando un'alta prevalenza dell'organizzazione borderline di personalità e una correlazione tra il livello di deterioramento dell'organizzazione di personalità e il numero di diagnosi di asse I e II. Gli autori, indagando in aggiunta la relazione presente tra organizzazione di personalità, funzione riflessiva e numero di disturbi di asse I e II, hanno rilevato, oltre a correlazioni significative tra il livello dell'organizzazione di personalità e il numero di diagnosi di asse I e II, un'associazione inversa tra la funzione riflessiva e la gravità del livello di organizzazione della personalità. Anche Hörz e coll. (2010), indagando la validità della versione tedesca dello strumento, hanno confermato la presenza di una correlazione tra bassi livelli nell'organizzazione della personalità e la gravità clinica dei pazienti borderline. Su un campione di 104 pazienti di genere femminile con disturbo borderline, emergono infatti correlazioni significative tra le scale della STIPO e gravità psicopatologica.

3.2 PROPRIETÀ PSICOMETRICHE DELLA STIPO

3.2.1 Obiettivi dello studio

Il presente studio ha l'obiettivo di indagare le proprietà psicometriche della versione italiana della *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO) all'interno di un campione composto da volontari sani e da pazienti psichiatrici. In particolare, verranno verificate le seguenti ipotesi specifiche:

- **Struttura fattoriale e consistenza interna dello strumento**

Ipotizziamo che le analisi fattoriali compiute sugli item dell'intervista confermino la struttura teorica proposta per la STIPO, ovvero che venga confermata la presenza di sette dimensioni: identità, relazioni oggettuali, difese, coping, aggressività, valori morali, esame di realtà. Verrà infine stimata la consistenza interna di ciascuna delle dimensioni valutate dall'intervista.

- **Attendibilità inter-rater dello strumento**

La STIPO è un'intervista semistrutturata che consente di ridurre il grado di inferenza richiesto al clinico per attribuire i punteggi. Ipotizziamo dunque che la codifica dell'intervista effettuata in cieco da due clinici indipendenti conduca a risultati confrontabili.

- **Validità concorrente dello strumento**

Ipotizziamo che le dimensioni principali della STIPO (Identità, Difese ed Esame di realtà) presentino relazioni convergenti con misure della coesione dell'identità, del funzionamento difensivo e di altri aspetti caratteristici della patologia borderline, che verranno valutate attraverso la somministrazione di misure specifiche.

Ipotizziamo, inoltre, che i punteggi delle sottoscale della STIPO siano più elevati nel sottocampione clinico, confrontati con quelli del sottocampione non clinico. Inoltre, ipotizziamo che i punteggi della STIPO discriminino soggetti con e senza disturbo borderline di personalità.

3.2.2 Metodi

Soggetti

Sono stati reclutati due sottocampioni di soggetti. Il campione totale è composto da 79 soggetti. L'età media del campione totale è di 38.30 anni (range: 20-63, $ds=\pm 11.72$ anni). I maschi ($n=29$) rappresentano il 37.7% del campione, le femmine ($n=48$) il 62.3% (informazioni sul genere mancanti per 2 soggetti).

Campione non clinico

Il campione è composto da 30 volontari non clinici (*community sample*) reclutati tra familiari e conoscenti di studenti dell'Università di Milano-Bicocca. L'età media dei soggetti del *community sample* è di 40.97 anni (range: 22-63, $ds=\pm 14.35$ anni). I maschi ($n=7$) rappresentano il 23.3% del campione, le femmine ($n=23$) il 76.7%. Il 34.5% dei soggetti ($n=10$) dichiara di essere celibe/nubile, il 41.4% ($n=12$) sposato, il 6.9% ($n=2$) convivente e il rimanente 17.1% ($n=5$) separato, divorziato o vedovo (dati sullo stato civile mancanti per 1 soggetto). Rispetto al livello di istruzione, il 10% dei soggetti riferisce di aver conseguito la licenza media inferiore ($n=3$), il 50% la licenza media superiore ($n=15$), il 36.7% la laurea ($n=11$) e il 3.3% ($n=1$) dichiara di avere una formazione post-universitaria. Rispetto all'occupazione, il 16.7% del campione ($n=5$) è costituito da studenti, il 66.7% ($n=20$) da lavoratori e il 16.7% ($n=5$) da pensionati.

Campione clinico

Il campione è stato reclutato attraverso diverse strutture e servizi: i) l'ambulatorio della Sezione di Psichiatria, Università degli Studi di Parma, Dipartimento di Neuroscienze; ii) una comunità per doppia diagnosi in provincia di Varese; iii) pazienti provenienti da studi di psicoterapia privati.

Sono stati considerati i seguenti criteri di esclusione:

- Disturbi psicotici in fase attiva;
- Disturbo bipolare in fase attiva;
- Ritardo mentale/deterioramento cognitivo;
- Età inferiore ai 18 anni o età superiore ai 75 anni.

Il campione clinico è composto da 49 pazienti. L'età media dei soggetti è di 36.60 anni (range 20-53, $ds = \pm 9.45$ anni). I maschi ($n=22$) rappresentano il 46.8% del campione, le femmine ($n=25$) il 53.2% (dati sul genere mancanti per 2 soggetti). Il 68.1% dei soggetti ($n=32$) dichiara di essere celibe/nubile, l'8.5% ($n=4$) sposato, il 6.4% ($n=3$) convivente e il rimanente 14.9% ($n=7$) separato o divorziato (dati sullo stato civile mancanti per 2 soggetti). Rispetto al livello di istruzione, il 2.1% dei soggetti ($n=1$) riferisce di aver conseguito la licenza elementare, il 27.7% la licenza media inferiore ($n=13$), il 57.4% la licenza media superiore ($n=27$), l'8.5% la laurea ($n=4$) e il 2.1% ($n=1$) dichiara di avere una formazione post-universitaria (dati sul livello di istruzione mancanti per 3 soggetti). Rispetto all'occupazione, il 15.2% del campione ($n=7$) è costituito da studenti, il 52.2% ($n=24$) da lavoratori e il 30.4% ($n=14$) da disoccupati (dati sull'occupazione mancanti per 4 soggetti).

Sono stati raccolti dalle cartelle cliniche i dati relativi alle diagnosi psichiatriche formali di asse I ricevute dai pazienti da parte dei curanti di riferimento; sono state inoltre raccolte le diagnosi di asse II ottenute attraverso la somministrazione della *Structured Clinical Interview for Axis II Disorders* (SCID II; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997; Mazzi, Morosini, De Girolamo, & Guaraldi, 2003; per i dettagli si veda il paragrafo "Strumenti"). 45 pazienti (91.8%) hanno riportato almeno una diagnosi di asse I, 43 pazienti (87.8%) almeno una diagnosi di asse II e 40 pazienti (81.6%) almeno una diagnosi di asse I accompagnata da almeno una diagnosi di asse II. Il numero medio di diagnosi di asse I è risultato pari a 1.04 (range 0-2, $ds = \pm 0.46$). Rispetto all'asse II, i pazienti hanno riportato un numero medio di diagnosi pari a 1.41 (range 0-6, $ds = \pm 1.24$). Per quanto riguarda l'asse I, i disturbi con maggiore prevalenza sono risultati essere i disturbi correlati a sostanze ($n=25$, 51%) e i disturbi dell'umore ($n=12$, 26.5%), seguiti dai disturbi alimentari ($n=7$, 14.3%) e dai disturbi d'ansia ($n=4$, 10.2%). Rispetto ai disturbi di personalità, si registra nel campione un'elevata prevalenza di disturbi del cluster B ($n=29$, 59.2%), seguita da disturbi di cluster C ($n=13$, 26.5%) e di cluster A ($n=2$, 4.1%). In Tab. 3.1 sono riportati i dati relativi alla prevalenza dei disturbi di asse II nel campione clinico.

Tabella 3.1. Prevalenza di disturbi di personalità nel campione clinico.

	n	%
DP Paranoide	2	4.1
DP Schizoide	0	0
DP Schizotipico	0	0
Qualsiasi disturbo di Cluster A	2	4.1
DP Antisociale	9	18.4
DP Borderline	11	22.4
DP Narcisistico	6	12.2
DP Istrionico	3	6.1
Qualsiasi disturbo di Cluster B	29	59.2
DP Evitante	6	12.2
DP Dipendente	4	8.2
DP Ossessivo/Compulsivo	3	6.1
Qualsiasi disturbo di Cluster C	13	26.5
DP Passivo/Aggressivo	5	10.2
DP Depressivo	4	8.2
DP NAS	15	30.6
Qualsiasi disturbo di Asse II	43	87.8

Strumenti e procedure

Ai soggetti sono state somministrate due interviste cliniche.

Structured Interview of Personality Organization (STIPO; Stern et al., 2010): si tratta di un'intervista semistrutturata per la valutazione della struttura di personalità secondo il modello di Kernberg (1984; Kernberg & Caligor, 1995). L'intervista è composta da 100 item ai quali l'intervistatore attribuisce un punteggio da 0 a 2 (0=Assenza del tratto, 1=Presenza del tratto con impatto minore sul funzionamento, 2=Presenza del tratto con significativo impatto sul funzionamento). Gli item sono suddivisi in sette scale che valutano i tre domini centrali per la valutazione dell'organizzazione di personalità (diffusione dell'identità, meccanismi di difesa primitivi, esame di realtà) e quattro domini accessori (relazioni oggettuali, coping, aggressività, valori morali). Oltre al punteggio ai singoli item, all'intervistatore è richiesto di attribuire un punteggio clinico su una scala da 1 a 5 al termine di ogni sezione. Per una descrizione dettagliata dello strumento e delle sue proprietà psicometriche si rimanda all'introduzione e ai risultati.

Structured Clinical Interview for Axis II Disorders (SCID II; First et al., 1997; Mazzi et al., 2003): si tratta di un'intervista clinica finalizzata alla rilevazione dei principali quadri clinici di Asse II secondo il DSM-IV (APA, 1994). L'intervista è preceduta da un questionario auto-

somministrato che permette di eseguire uno screening preliminare degli item che verranno poi approfonditamente indagati nel corso dell'intervista stessa. Lo strumento consente sia una valutazione categoriale (presenza/assenza di ciascun quadro clinico di Asse II) che dimensionale (numero di criteri soddisfatti a prescindere dalla possibilità di formulare una diagnosi) dei disturbi di personalità.

Tutte le interviste STIPO sono state audio registrate al fine di poter successivamente valutare il grado di accordo nella codifica tra l'intervistatore e valutatori indipendenti.

Oltre alle interviste, ai soggetti partecipanti è stata richiesta la compilazione di una batteria di questionari auto-somministrati. Ai soggetti che accettavano di partecipare alla ricerca è stato fornito un link per compilare online la batteria di questionari.

Di seguito sono elencati i questionari utilizzati.

Inventory of Personality Organization (IPO, Kernberg & Clarkin, 1995): si tratta di un questionario self-report volto a misurare i costrutti relativi alla teoria di Kernberg (1995) per l'organizzazione borderline di personalità. Per una descrizione dettagliata dello strumento e delle sue proprietà psicometriche si rimanda al Capitolo 2. Il questionario è composto da 54 item che misurano 4 dimensioni primarie: Instabilità del senso di sé e degli altri (32 item), Instabilità degli obiettivi (2 item), Psicosi (12 item) e Instabilità dei comportamenti (8 item). Le domande vengono valutate su una scala Likert a 5 punti (1=Mai vero, 5=Sempre vero). Nel nostro campione lo strumento ha riportato buoni valori di consistenza interna, con valori compresi tra $\alpha=.78$ per il fattore Instabilità degli obiettivi e $\alpha=.82$ per il fattore Instabilità dell'immagine di sé e degli altri.

Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118, Verheul et al., 2008): per una descrizione dettagliata dello strumento e delle sue proprietà psicometriche si rimanda al Capitolo 2. Nel nostro campione lo strumento ha riportato buoni valori di consistenza interna, sia per i sedici *facets* (valori compresi tra $\alpha=.69$ e $\alpha=.86$) che per i cinque fattori sovraordinati (valori compresi tra $\alpha=.79$ e $\alpha=.92$).

Response Evaluation Measure 71 (REM-71) (Steiner et al., 2001; Prunas et al., 2009): per una descrizione dettagliata dello strumento e delle sue proprietà psicometriche si rimanda al Capitolo 2. Nel presente studio è stata utilizzata solo la dimensione relativa ai meccanismi di difesa immaturi (F1), che ha riportato un valore di consistenza interna di $\alpha=.90$.

Analisi dei dati

La struttura fattoriale degli item della STIPO è stata valutata attraverso un'analisi fattoriale confermativa (CFA, *Confirmatory Factor Analysis*) effettuata con il software Mplus (Muthén & Muthén, 1998-2010). Come già osservato nel Capitolo 2, si sono tenute in considerazione le proprietà relative alla distribuzione dei dati della STIPO. Gli item, infatti, sono codificati dal clinico su una scala a 3 punti (0, 1 e 2); ciò non consente, dunque, di considerare i dati raccolti come continui. A ciò si aggiunge la considerazione del fatto che la STIPO valuta alcune caratteristiche di funzionamento patologico che possono mostrare una distribuzione asimmetrica nella popolazione generale. Si rimanda al Capitolo 2 per la disamina delle considerazioni che ci hanno portato, anche in questo caso, a considerare i dati come ordinali e a implementare le analisi fattoriali utilizzando la stima dei WLSMV e a trattare i dati mancanti attraverso l'eliminazione *pairwise*.

L'adattamento del modello è stato valutato attraverso l'esame di diversi indici di fit: il *Comparative Fit Index* (CFI; Bentler, 1990), il *Tucker-Lewis fit Index* (TLI; Bentler & Bonett, 1980) e il *Root Mean Squar Error of Approximation* (RMSEA; Steiger, 1990). Per le considerazioni relative alle linee guida per l'interpretazione degli indici di fit (Hu & Bentler, 1999) si rimanda al Capitolo 2.

La struttura teorica testata è stata confrontata con un modello *baseline* unidimensionale. Poiché il confronto ha riguardato modelli non concatenati (*non nested*), le decisioni relative alle differenze nella bontà di adattamento sono state prese in ottica descrittiva, senza l'uso di un test formale di incremento del fit (Muthén & Muthén, 1998-2010).

Per valutare la consistenza interna delle dimensioni dell'IPO è stato utilizzato l'indice α di Cronbach, mentre l'attendibilità inter-rater è stata valutata attraverso il coefficiente di correlazione intraclassa (ICC). Le analisi sono state condotte utilizzando il software SPSS versione 17.

Per verificare le ipotesi relative alle relazioni tra le tre scale primarie della STIPO e le misure criterio è stata condotta una *path analysis*, sempre attraverso il software Mplus (Muthén & Muthén, 1998-2010). Le scale della STIPO sono state inserite nel modello come variabili latenti (sempre attraverso CFA), mentre per gli altri questionari somministrati (IPO e REM 71) sono stati calcolati i relativi punteggi di scala, che sono dunque stati inseriti nel

modello di *path analysis* come variabili osservate. Per quanto riguarda la scelta della stima da utilizzare, sono state seguite le stesse linee guida adottate per la CFA, optando per il WLSMV. Anche gli indici considerati per la valutazione della bontà dell'adattamento del modello sono gli stessi utilizzati nella CFA.

Si è dunque proceduto a valutare le relazioni tra i tre fattori principali della STIPO e le caratteristiche di personalità valutate tramite il questionario SIPP-118 attraverso analisi di regressione multipla (Darlington, 1990). Le correlazioni semplici di Pearson (r), infatti, non tengono in considerazione la covarianza tra i predittori; abbiamo dunque scelto di riportare i valori delle correlazioni semiparziali, che rappresentano la correlazione tra una variabile indipendente e la variabile dipendente quando tutte le altre variabili indipendenti vengono parzializzate dalla variabile indipendente in questione. Il coefficiente di correlazione semiparziale al quadrato rappresenta dunque la proporzione della varianza della variabile dipendente spiegata unicamente da una determinata variabile indipendente, al netto del contributo di tutte le altre variabili indipendenti. Le regressioni sono state condotte in maniera separata, sempre seguendo questo modello, per ciascuna dimensione e sottodimensione del questionario SIPP-118. Si è seguito un approccio gerarchico in due passaggi. Nel primo passaggio sono state inserite le variabili demografiche (genere ed età) in un unico blocco, nel secondo passaggio sono state inserite, sempre in un unico blocco, le tre dimensioni principali della STIPO (identità, difese, esame di realtà).

Infine, sono state condotte delle analisi della covarianza (ANCOVA), controllando per l'effetto confondente del genere e dell'età, al fine di testare la presenza di differenze significative nei punteggi della STIPO tra soggetti appartenenti al campione non clinico e clinico e, all'interno del campione clinico, tra pazienti con e senza diagnosi di disturbo borderline di personalità.

3.2.3 Risultati

Struttura fattoriale

Sono stati testati due modelli dimensionali attraverso una serie di CFA. Il primo modello testato, utilizzato come *baseline*, è il modello unidimensionale, in cui tutti gli item saturano su un unico fattore generale. In Tab. 3.2 sono riportati gli indici di adattamento di

questo modello e di quello teorico testato successivamente. Come anticipato, per valutare la bontà di adattamento dei diversi modelli sono stati utilizzati il chi quadrato, il CFI, il TLI e il RMSEA. Considerando questi indici, il modello unidimensionale ha riportato valori di adattamento non accettabili: $\chi^2(4464, N=65)= 4965.391$, CFI=.895, TLI=.892, RMSEA=.038 (solo quest'ultimo valore rientra nel range di adattamento accettabile). I dati suggeriscono, quindi, che la STIPO ha una struttura non unidimensionale. Il secondo modello testato è stato quello teorico, proposto dagli autori dello strumento (Stern et al., 2010), composto da una dimensione relativa alla diffusione dell'identità (26 item), una relativa alle relazioni oggettuali (22 item), una alle difese primitive (11 item), una al coping (10 item), una all'aggressività (12 item), una ai valori morali (8 item) e una all'esame di realtà (7 item). Il modello teorico a 7 fattori (Tab. 3.2) ha riportato indici di adattamento soddisfacenti: $\chi^2(4443, N=65)=4804.102$, CFI=.924, TLI=.922, RMSEA=.032.

Tabella 3.2. Indici di adattamento dei due modelli di CFA per la STIPO

Modello	χ^2	gdl	N	CFI	TLI	RMSEA
1 Fattore	4965.391	4464	65	.895	.892	.038
7 Fattori	4804.102	4443	65	.924	.922	.032

In Tab. 3.3, infine, sono riportate le saturazioni ottenute attraverso la CFA del modello a 4 fattori.

Tabella 3.3. Saturazioni degli item della STIPO relative alla soluzione a 7 fattori

Scala	1	2	3	4	5	6	7
1. Identità							
Efficienza - Ruolo primario	.91						
Stabilità - Ruolo primario	.94						
Ambizioni/obiettivi – Ruolo primario	.63						
Soddisfazione – Ruolo primario	.80						
Capacità di investimento in attività ricreative	.57						
Interesse sostenuto in attività ricreative	.88						
Soddisfazione derivata da attività ricreative	.78						
Descr. di sé – Narrativa, superf./prof., ambiv	.58						
Stabilità del senso di sé nel tempo	.54						
Stabilità e consistenza di opinioni, gusti, valori	.52						
Stabilità del senso di sé nel presente	.67						
Esperienza della solitudine	.46						
Perdita del senso di sé nelle relazioni intime	.55						
Autostima – Confronto con gli altri	.64						
Autostima – Arroganza	.52						
Autostima – Senso di superiorità	.57						
Autostima – Senso di inferiorità	.70						
Autostima – Autosvalutazione	.57						
Autostima – Stabilità	.81						
Autostima – Resilienza	.74						
Descr. altro –Narrativa, superf./prof., ambival.	.67						
Comprendere gli altri	.48						
Giudizio degli altri su di sé	.61						
Influenza degli altri	.54						
Capacità di lettura dei <i>cues</i> sociali	.51						
Desc. familiare–Narrativa, superf./prof., ambival.	.59						
2. Relazioni oggettuali							
Isolamento sociale	.89						
Problemi/instabilità con gli amici	.89						
Reazioni all'indisponibilità degli amici	.91						
Stabilità temporale amicizie	.99						
Rapporti con colleghi	.53						
Qualità relazioni intime	.82						
Interdipendenza nelle relazioni intime	.67						
Sfruttam./timore sfruttam. nelle relazioni intime	.44						
Esperienza della noia nelle relazioni intime	.74						
Attività sessuale	.92						
Inibizione sessuale	.50						
Capacità di sperim. piacere sensuale nel sesso	.72						
Capacità di coniugare tenerezza e piacere sess.	.75						
Cambiamenti nella considerazione degli altri	.76						

Attenzione ai bisogni degli altri	.80
Empatia	.52
<i>Entitlement</i> I (sensazione che tutto sia dovuto)	.64
<i>Entitlement</i> II (sensazione che tutto sia dovuto)	.73
Rispetto dell'autonomia degli altri	.48
Influenza del valore sociale delle frequentazioni	.74
Attenzione all'"economia" della relazione	.73
Esperienza della noia nei confronti degli altri	.52
<hr/>	
3. Difese primitive	
<hr/>	
Proiezione primitiva	.59
Comportamento imprevedibile e contraddittorio	.75
Idealizzazione/Svalutazione delle situazioni	.77
Idealizzazione/Svalutazione delle persone	.78
Pensiero "Bianco o nero"	.65
Diniego primitivo	.54
Esternalizzazione	.69
Identificazione proiettiva I	.77
Identificazione proiettiva II	.69
Ritiro nella fantasia	.68
Somatizzazione	.27
<hr/>	
4. Coping/rigidità	
<hr/>	
Pianificazione proattiva	.71
Reprimere temporaneamente pensieri disturbanti	.65
Flessibilità rispetto ai cambiamenti di programma	.79
Tendenza a colpevolizzarsi	.57
Coping proattivo nelle situazioni stressanti	.77
Perfezionismo	.74
Capacità di passare da un compito all'altro	.84
Bisogno di controllo	.93
Apprensione e ruminazione ansiosa	.59
Piacere nell'affrontare sfide	.77
<hr/>	
5. Aggressività	
<hr/>	
Trascuratezza di sé	.61
Comportamenti a rischio	.91
Comp. autolesivi per allentamento della tensione	.55
Suicidalità	.57
Pratiche sessuali che provocano dolore a sé	.85
Scoppi d'ira	.54
Aggressioni fisiche verso altri	.83
Piacere per la sofferenza altrui	.73
Pratiche sessuali che provocano dolore agli altri	.79
Minacce auto lesive	.60
Intimidazione	.72
Odio non integrato	.37
<hr/>	

6. Valori morali	
Valori morali interiorizzati	.94
Azioni discutibili per guadagno personale	.91
Naturalità del comportamento morale	.84
Mendacia	.89
Attività illegali	.98
Capacità di provare senso di colpa	.90
Sfruttamento interpersonale	.68
Capacità di fare ammenda	.81
7. Esame di realtà	
Paranoia/Sospettosità eccessiva	.85
Reagire in modo eccessivo/perdere lucidità	.90
Dissociazione	.70
Depersonalizzazione	.68
Idee e pensieri bizzarri	.71
Esperienze allucinatorie	.48
Idee di riferimento	.76

Nota: tutte le saturazioni sono significative ($p < .001$)

Poiché la STIPO è fornita anche di un sistema di codifica a 5 punti che consente all'intervistatore di attribuire un giudizio clinico al termine di ciascuna sezione, si è verificata l'ipotesi secondo la quale le due modalità di scoring (singoli item vs scale globali) conducano a risultati paragonabili. In Tab. 3.4 sono riportate le correlazioni tra i punteggi dei 7 fattori attribuiti attraverso lo scoring dei singoli item e quelli attribuiti attraverso le scale a 5 punti. Come è possibile osservare, le correlazioni tra i punteggi dei fattori calcolati nelle due modalità, evidenziate in grassetto in Tab. 3.4, sono tutte molto elevate e significative (r compreso tra .80 e .93). Inoltre, da un'ispezione della Tab. 3.4, si può notare come tutte le correlazioni tra le reciproche dimensioni sono molto più elevate delle correlazioni con le altre dimensioni.

Tabella 3.4. Correlazioni tra i punteggi delle 7 dimensioni della STIPO calcolati come medie dei singoli item e quelli codificati sulla scala a 5 punti

		Scale come medie dei singoli item						
		Identità	Rel.Ogg.	Difese	Coping	Aggressività	Valori morali	Esame di Realtà
Scale a 5 punti	Identità	.90**	.76**	.76**	.06	.64**	.59**	.58**
	Rel. Ogg.	.79**	.92**	.76**	-.02	.57**	.65**	.50**
	Difese	.77**	.76**	.92**	.06	.70**	.60**	.59**
	Coping	.70**	.63**	.68**	.93**	.58**	.43**	.49**
	Aggressività	.59**	.47**	.53**	.20	.80**	.59**	.41**
	Valorimorali	.61**	.62**	.50**	.11	.65**	.92**	.32**
	Esame di realtà	.44**	.43**	.50**	-.07	.39**	.12	.84**

Nota: ** p<.001

Consistenza interna

Le sette dimensioni della STIPO confermate dalle CFA effettuate sui nostri dati hanno mostrato livelli di consistenza interna da accettabili a elevati. Come mostrato in Tab. 3.5, infatti, i coefficienti alpha di Cronbach sono compresi tra $\alpha=.78$ e $\alpha=.92$, con un α medio di .85. Per tutti e 7 i fattori il valore medio della correlazione corretta item-totale è risultato superiore a .30. Solo un item ha riportato un valore di correlazione corretta item-totale inferiore a .30, ovvero l'item S35 appartenente al fattore Relazioni oggettuali. L'incremento nella consistenza interna di questo fattore una volta rimosso tale item è tuttavia nullo.

Tabella 3.5. Indici α di Cronbach e correlazioni corrette item-totale delle 7 dimensioni della STIPO

Fattore	n item	α	Correlazione corretta item-totale	
			M	Range
Identità	26	.91	.52	.34-.71
Relazioni oggettuali	22	.88	.46	.29-.68
Difese	11	.83	.50	.33-.61
Coping	10	.86	.57	.44-.76
Aggressività	12	.79	.45	.30-.60
Valori morali	8	.92	.74	.63-.82
Esame di realtà	7	.78	.51	.32-.62

Inter-rater reliability

Un sottocampione di 30 interviste (20 dei soggetti clinici e 10 dei soggetti non clinici, circa il 38% del totale delle interviste effettuate) è stato codificato da un secondo rater in cieco, sulla base dell'ascolto dell'audio-registrazione dell'intervista stessa.

In Tab. 3.6 sono riportati i punteggi medi di ciascuna dimensione attribuiti dall'intervistatore e dal secondo rater, oltre che i punteggi sulle scale cliniche a 5 punti. Gli indici di correlazione intraclassa (ICC) sono tutti elevati e significativi.

Tabella 3.6. Punteggi medi e punteggi sulle scale a 5 punti attribuiti dall'intervistatore e da un secondo rater alle sette dimensioni della STIPO per un sottocampione di 30 interviste

Fattore	Intervistatore		Secondo rater		Inter-rater ICC ^a
	M	ds	M	ds	
Identità (m)	.55	.34	.63	.38	.90
Identità (5 pt.)	2.40	1.16	2.73	1.14	.85
Relazioni oggettuali (m)	.46	.35	.55	.36	.96
Relazioni oggettuali (5 pt.)	2.17	.99	2.50	1.14	.91
Difese (m)	.59	.41	.63	.38	.89
Difese (5 pt.)	2.40	1.25	2.57	1.19	.82
Coping (m)	.70	.47	.65	.43	.95
Coping (5 pt.)	2.47	1.28	2.47	1.07	.92
Aggressività (m)	.37	.33	.34	.33	.92
Aggressività (5 pt.)	2.27	1.55	2.17	1.34	.95
Valorimorali (m)	.33	.47	.36	.45	.97
Valorimorali (5 pt.)	1.73	1.17	1.80	1.10	.96
Esame di realtà (m)	.31	.35	.27	.31	.93
Esame di realtà (5 pt.)	1.47	.78	1.60	.93	.90

Nota a: per tutti i coefficienti di correlazione intraclassa $p < .001$

Validità concorrente

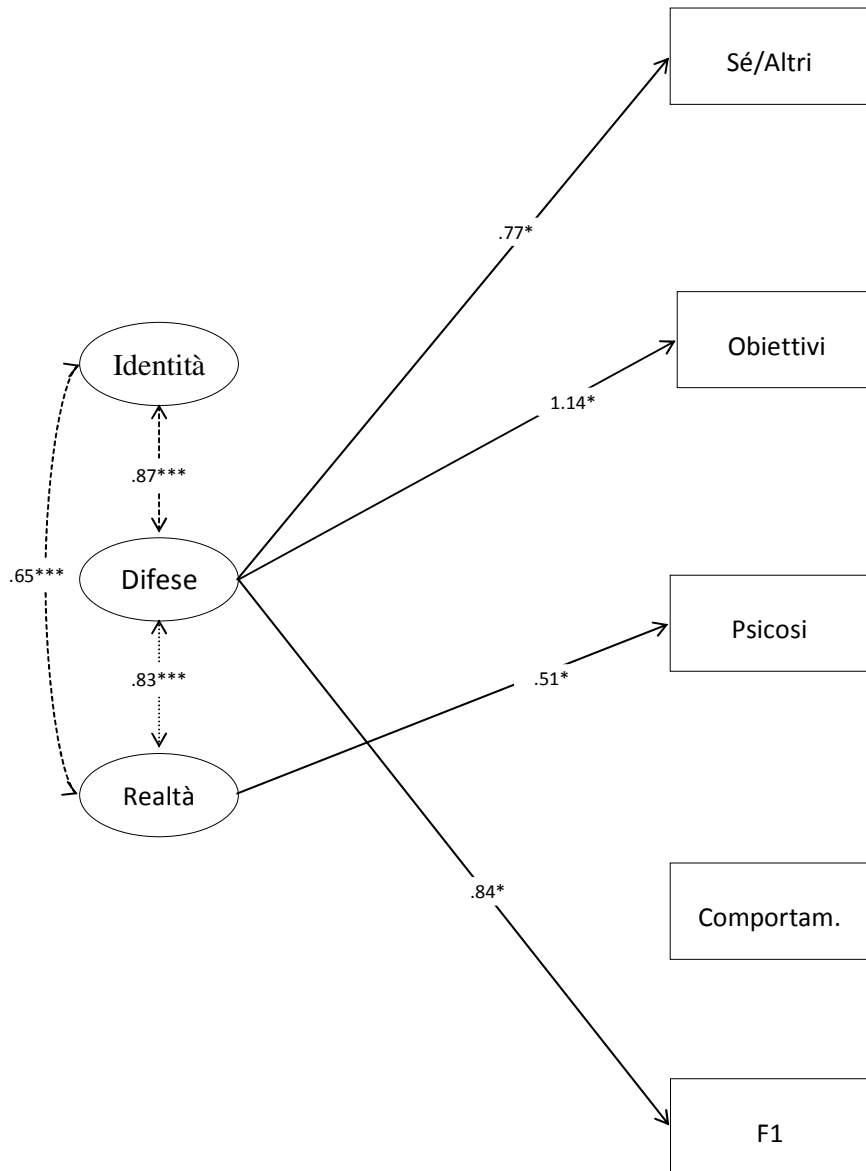
Il modello di *path analysis* volto a verificare l'esistenza e la consistenza delle relazioni tra le 3 dimensioni primarie della STIPO (inserite nel modello come variabili latenti stimate attraverso CFA) e le misure criterio esterne (i 4 fattori del questionario IPO e il fattore relativo

alle difese immature di REM 71) ha riportato indici di adattamento parzialmente accettabili: $\chi^2(1104, N=79)=1291.711$, CFI=.900, TLI=.893, RMSEA=.046. Di seguito viene fornita la rappresentazione grafica del modello. Va ricordato che il modello presentato è globale, ovvero comprende contemporaneamente le relazioni con tutte le misure criterio. In tale modello le correlazioni tra le misure criterio sono state stimate. La loro stima, tuttavia, non viene presentata nelle figure. Analogamente, pur essendo state stimate tutte le relazioni tra le variabili, vengono riportate solo quelle che raggiungono la significatività statistica. Nella figura, dunque, le frecce continue rappresentano i coefficienti β standardizzati statisticamente significativi, mentre le frecce spezzate le correlazioni tra le variabili.

Nella Fig. 3.1 sono rappresentate le relazioni tra i 4 fattori latenti primari della STIPO (identità, difese primitive ed esame di realtà) e i punteggi osservati delle misure esterne dell'organizzazione di personalità misurati attraverso i questionari IPO e REM 71.

Come è possibile notare, la dimensione della STIPO relativa alle difese presenta le relazioni più significative e più robuste con i domini dell'IPO relativi all'*Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* e all'*Instabilità dei comportamenti*, oltre a una relazione significativa con il fattore di REM 71 relativo alle difese immature. La dimensione della STIPO relativa all'esame di realtà, invece, presenta una relazione significativa con il dominio dell'IPO relativo alla *Psicosi*.

Figura 3.1. Modello di *path analysis* che illustra le relazioni tra i 3 fattori latenti primari della STIPO ottenuti attraverso CFA e i punteggi delle 4 scale del questionario IPO e della scala difese immature del questionario REM 71 (F1)



Nota: * $p < .05$; *** $p < .001$

Si è dunque proceduto a valutare le relazioni tra i tre domini principali della STIPO e le caratteristiche di personalità misurate attraverso il questionario SIPP-118. Innanzitutto, in Tab. 3.7 sono riportate le correlazioni tra le tre dimensioni della STIPO e i 5 fattori e i 16 *facets* del questionario SIPP-118.

Tabella 3.7. Correlazioni tra le tre dimensioni principali della STIPO e i sedici *facets* e i cinque fattori sovraordinati di SIPP-118

	Fattore	Identità	Difese	Esame di realtà	
	Tolleranza frustrazione	.49**	-.56**	-.35**	
	Regolazione emotiva	-.47**	-.51**	-.33**	
	Effortful control	-.47**	-.46**	-.29**	
	Regolazione aggressività	-.51**	-.58**	-.52**	
	Stabilità immagine di sé	-.57**	-.55**	-.31**	
	Funzionamento auto-riflessivo	-.45**	-.49**	-0.22	
	Rispetto di sé	-.44**	-.49**	-0.21	
Facets	Sentirsi riconosciuto	-.42**	-.41**	-.30**	
	Rispetto	-.34**	-.23*	-0.09	
	Senso di scopo	-.48**	-.51**	-.31**	
	Piacere	-.38**	-.37**	-0.13	
	Cooperazione	-.34**	-.38**	-.28*	
	Intimità	-.28*	-.36**	-.31**	
	Relazioni stabili	-.53**	-.52**	-.38**	
	Attività finalizzata	-.64**	-.48**	-.25*	
	Affidabilità	-.58**	-.45**	-.28*	
	Fattori	Autocontrollo	-.54**	-.57**	-.37**
		Concordanza sociale	-.44**	-.42**	-.30**
		Integrazione dell'identità	-.53**	-.55**	-.28*
		Capacità relazionali	-.49**	-.50**	-.38**
		Responsabilità	-.66**	-.51**	-.30**

Nota: *p<.05;**p<.01

Come è possibile osservare in Tab. 3.7, quasi tutte le correlazioni tra le tre dimensioni della STIPO e i domini di SIPP-118 sono significative. Ciò indica, come ipotizzato, che livelli più elevati di malfunzionamento nelle caratteristiche misurate dalla STIPO corrispondono a livelli

più elevati di funzionamento patologico in diverse aree della personalità. Al di là degli aspetti evidenziati dalle correlazioni bivariate, si è voluto far ricorso a un metodo di regressione più rigoroso al fine di individuare il contributo unico di ciascuna delle tre dimensioni della STIPO come predittore delle caratteristiche misurate dal questionario SIPP-118. In Tab. 3.8 sono dunque riassunti i risultati di tali analisi.

Tabella 3.8. Risultati delle regressioni gerarchiche in cui i tre fattori della STIPO sono inseriti come predittori dei domini di SIPP-118, controllando per genere ed età

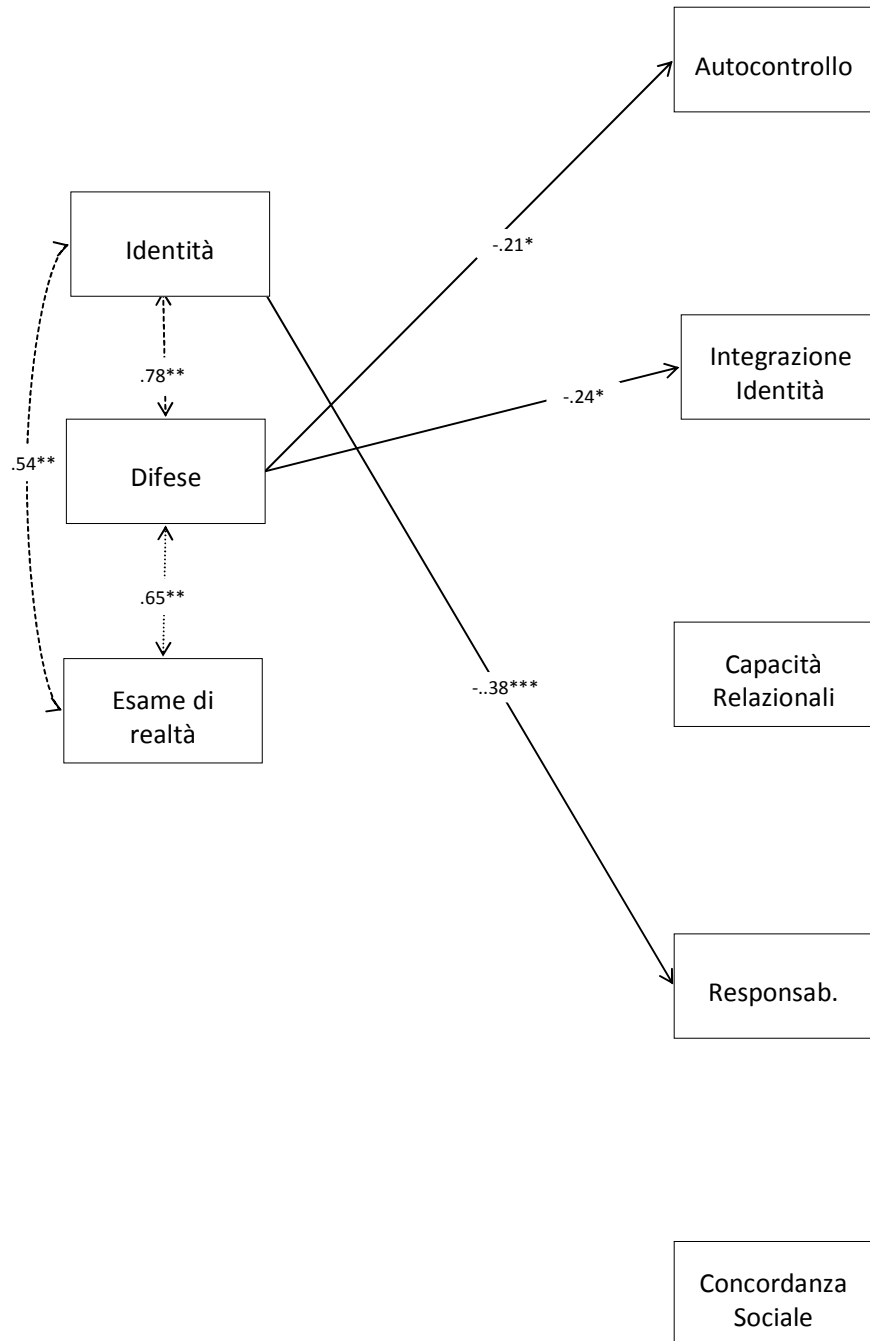
Correlazioni semiparziali						
	Fattore	R ² Blocco 1 (Genere, età)	ΔR ² Blocco 2 (STIPO)	Identità	Difese	Esame di Realtà
Facets	Tolleranza frustrazione	.04	.29***	-.05	-.25*	-.01
	Regolazione emotiva	.03	.25***	-.08	-.21*	-.01
	Effortful control	.01	.23***	-.17	-.13	.02
	Regolazione aggressività	.02	.38***	-.04	-.19*	-.20*
	Stabilità immagine di sé	.07	.32***	-.19*	-.17	.04
	Funzionamento auto-riflessivo	.05	.23***	-.09	-.24*	.10
	Rispetto di sé	.03	.26***	-.09	-.27**	.15
	Sentirsi riconosciuto	.03	.18**	-.13	-.10	-.06
	Rispetto	.03	.11*	-.24*	.01	.08
	Senso di scopo	.11*	.24***	-.07	-.21*	-.01
	Piacere	.04	.16**	-.14	-.16	-.14
	Cooperazione	.06	.14*	-.02	-.14	-.09
	Intimità	.03	.14*	.04	-.17	-.12
	Relazioni stabili	.04	.29***	-.15	-.13	-.07
	Attività finalizzata	.05	.39***	-.41***	-.004	.09
Affidabilità	.08*	.30***	-.32**	-.01	-.01	
Fattori	Autocontrollo	.03	.32***	-.12	-.21*	-.01
	Concordanza sociale	.03	.19**	-.14	-.11	-.04
	Integrazione dell'identità	.07	.30***	-.13	-.24*	.08
	Capacità relazionali	.04	.26***	-.10	-.15	-.10
	Responsabilità	.06	.39***	-.38***	-.01	-.04

Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Per quanto riguarda i fattori sovraordinati di SIPP-118, come è possibile osservare in Tab. 3.8, i tre domini della STIPO risultano sempre fornire una spiegazione unica aggiuntiva della varianza dei cinque fattori, al di là del contributo delle variabili demografiche, con incrementi nella percentuale di varianza spiegata compresi tra un minimo del 19% ($p < .01$) e un massimo del 39% ($p < .001$). In grassetto sono evidenziati i contributi unici di ciascuna dimensione della STIPO ai fattori di SIPP-118. Come è possibile osservare, la dimensione Difese fornisce un contributo unico ai fattori Autocontrollo e Integrazione dell'Identità, mentre la dimensione Identità fornisce un contributo unico al fattore Responsabilità. In Fig. 3.2 sono rappresentate graficamente le relazioni tra i tre domini della STIPO e i cinque fattori di SIPP-118 appena illustrate. Per chiarezza espositiva vengono rappresentate solo le relazioni che forniscono un contributo unico statisticamente significativo. Nella figura, dunque, le frecce continue rappresentano i coefficienti di correlazione semiparziale statisticamente significativi, mentre le frecce spezzate le correlazioni tra le variabili.

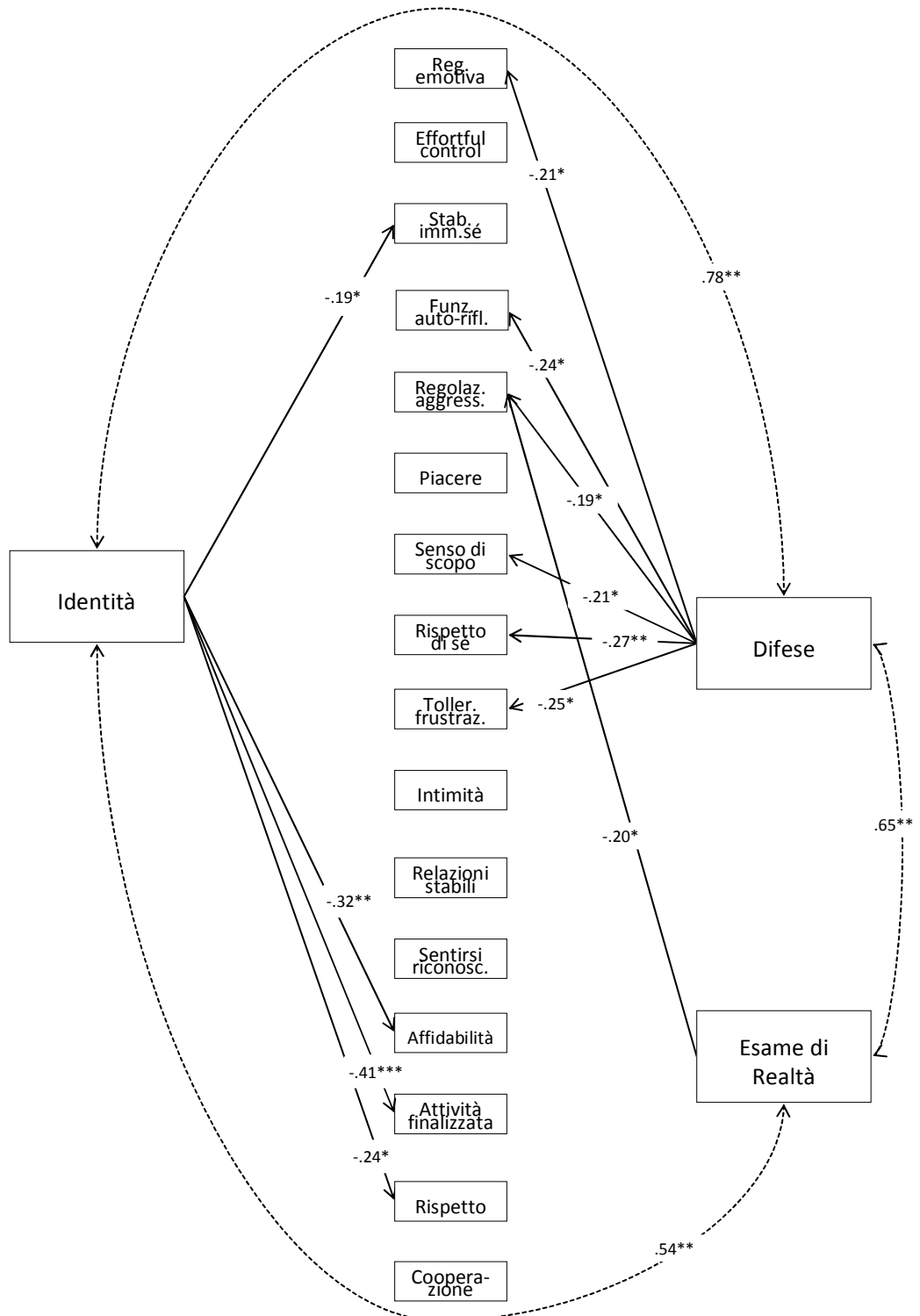
Anche considerando i sedici *facets* di SIPP-118, i tre domini della STIPO forniscono una spiegazione unica aggiuntiva della varianza dei cinque fattori, al di là del contributo delle variabili demografiche, con incrementi nella percentuale di varianza spiegata compresi tra un minimo dell'11% ($p < .05$) e un massimo del 39% ($p < .001$). In grassetto sono evidenziati i contributi unici di ciascuna dimensione della STIPO ai *facets* di SIPP-118. Come si può notare, il fattore Difese della STIPO fornisce un contributo unico ai *facets* Tolleranza della frustrazione, Regolazione emotiva, Regolazione dell'aggressività, Funzionamento auto-riflessivo, Rispetto di sé e Senso di scopo. Il fattore della STIPO Identità fornisce un contributo unico ai *facets* Stabilità dell'immagine di sé, Rispetto, Attività finalizzata e Affidabilità. Il fattore Esame di realtà fornisce un contributo unico solo al *facet* Regolazione dell'aggressività. In Fig. 3.3 sono rappresentate graficamente le relazioni tra i tre domini della STIPO e i sedici *facets* di SIPP-118 appena illustrate. Per chiarezza espositiva vengono rappresentate solo le relazioni che forniscono un contributo unico statisticamente significativo. Nella figura, dunque, le frecce continue rappresentano i coefficienti di correlazione semiparziale statisticamente significativi, mentre le frecce spezzate le correlazioni tra le variabili.

Figura 3.2. Risultati della regressione gerarchica multipla che illustrano il contributo unico dei tre fattori della STIPO nella predizione dei cinque fattori principali di SIPP-118



Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Figura 3.3. Risultati della regressione gerarchica multipla che illustrano il contributo unico dei tre fattori della STIPO nella predizione dei sedici *facets* di SIPP-118



Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Validità di criterio

Sono state condotte delle analisi della covarianza (ANCOVA), controllando per l'effetto confondente di genere ed età, per testare la presenza di differenze significative nei punteggi dei tre fattori principali della STIPO tra soggetti appartenenti al campione non clinico e al campione clinico.

Tabella 3.9. Differenze nelle medie dei punteggi delle tre dimensioni principali della STIPO tra il sottocampione non clinico e il sottocampione clinico, controllando per genere ed età

	Risultati corretti per genere ed età					
	Non clinico n=30	Clinico n=49		Non clinico n=30	Clinico n=49	
	M±ds	M±ds	F _{1,79}	M; ES	M; ES	F _{1,77}
Identità	.23±.14	.76±.34	62.943***	.23;.05	.76;.04	60.229***
Difese	.23±.17	.82±.39	58.507***	.20;.06	.84;.05	64.558***
Esame di realtà	.08±.16	.39±.37	19.754***	.05;.06	.41;.04	26.073***

Nota: ***p<.001

Come è possibile osservare in Tab. 3.9, per tutte e tre le dimensioni della STIPO i soggetti appartenenti al campione clinico riportano punteggi significativamente più elevati.

In Tab. 3.10, invece sono riportate le differenze nei punteggi dei tre fattori principali della STIPO, all'interno del campione clinico, tra pazienti con e senza diagnosi di disturbo borderline di personalità.

Tabella 3.10. Differenze nelle medie dei punteggi delle tre dimensioni principali della STIPO tra soggetti del sottocampione clinico con disturbo borderline di personalità e soggetti del sottocampione clinico senza disturbo borderline di personalità, controllando per genere ed età

			Risultati corretti per genere ed età			
	DBP n=30	No DBP n=88		DBP n=30	No DBP n=88	
	M±ds	M±ds	F _{1,49}	M; ES	M; ES	F _{1,47}
Identità	.69±.28	.99±.41	5.449*	.69;.05	.99;.10	7.053*
Difese	.74±.33	1.10±.48	8.451**	.74;.06	1.09;.11	8.535**
Esame di realtà	.37±.38	.46±.34	.464(NS)	.37;.06	.45;.11	.407(NS)

Nota: *p<.05; **p<.01

Come è possibile osservare in Tab. 3.10, solo i fattori Identità e Difese discriminano tra pazienti con o senza disturbo borderline di personalità. Rispetto al fattore Esame di realtà, invece, non vengono rilevate differenze significative tra pazienti con disturbo borderline di personalità e pazienti che non presentano tale disturbo.

3.3 DISCUSSIONE

In continuità con i risultati presentati nel Capitolo 2, lo studio presentato nei precedenti paragrafi aveva l'obiettivo generale di fornire un contributo alla validazione della versione italiana della *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*, indagandone le proprietà psicometriche in un campione non clinico e in un campione di pazienti psichiatrici.

Abbiamo innanzitutto sottoposto a verifica l'ipotesi relativa alla dimensionalità dell'intervista. Come abbiamo messo in luce nell'introduzione, infatti, la STIPO è concepita come un'intervista volta a valutare diversi aspetti relativi all'organizzazione di personalità; alcuni di questi aspetti (identità, meccanismi di difesa ed esame di realtà) rappresentano caratteristiche fondamentali che consentono di giungere a una diagnosi circa il livello dell'organizzazione di personalità; altri domini (relazioni oggettuali, coping, aggressività e valori morali) rappresentano aspetti ulteriori rilevanti nel precisare le caratteristiche della struttura di personalità di un individuo. Gli item della STIPO sono stati dunque ideati dagli autori originali (Stern et al., 2010) al fine di misurare in maniera completa e dettagliata questi sette domini. Tuttavia, né gli studi sulla versione originale dello strumento (Stern et al., 2010) né quelli che hanno utilizzato la versione in lingua tedesca dell'intervista (Fischer-Kern et al., 2010; Horz et al., 2009) hanno sottoposto a verifica empirica l'ipotesi relativa all'esistenza di questi sette domini. Essendo questo il primo studio di analisi fattoriale sugli item della STIPO, abbiamo dunque testato l'ipotesi che il modello a sette fattori fosse quello che meglio si adatta a descrivere i dati raccolti, testandolo a confronto con un modello unidimensionale *baseline*. I risultati delle CFA hanno messo in evidenza un migliore adattamento ai nostri dati per il modello a sette fattori. Possiamo, dunque concludere, da questi primi risultati, che il modello dimensionale teorico secondo il quale la STIPO è stata sviluppata viene confermato in un campione misto di soggetti non clinici e di pazienti psichiatrici.

Una volta verificata l'ipotesi dell'esistenza di sette fattori separati, abbiamo inoltre voluto confermare la relazione tra i punteggi calcolati come media dei singoli item e quelli attribuiti dall'intervistatore su una scala a 5 punti per ciascun dominio. In linea con i risultati pilota relativi alla versione originale (Stern et al., 2010), abbiamo riscontrato correlazioni molto elevate e specifiche tra queste due modalità di *scoring*. Questi risultati portano preliminarmente a concludere che i due metodi di attribuzione del punteggio misurano in modo confrontabile i domini indagati e possono dunque essere entrambi utilizzati per fornire

una valutazione delle diverse caratteristiche indagate dalla STIPO. Questo risultato suggerisce anche la possibilità di utilizzare l'intervista in modo più flessibile, come una griglia che orienti il colloquio clinico volto a raccogliere informazioni utili a formulare una diagnosi relativa al livello di organizzazione di personalità che tenga in considerazione gli aspetti rilevanti secondo il modello di Kernberg (1984; Kernberg & Caligor, 1995).

Un'ulteriore conferma della dimensionalità della STIPO deriva dai nostri risultati relativi ai valori di consistenza interna riportati dalle scale dell'intervista. I valori dell'alfa di Cronbach rilevati nel nostro studio relativi alle sette scale della STIPO si sono rivelati più che accettabili (Nunnally & Bernstein, 1994). Un solo item, inoltre, ha riportato valori bassi ($<.30$) di correlazione con la scala di appartenenza, mostrando per di più di non modificare, se cancellato, il valore dell'indice alfa. I valori da noi rilevati sono confrontabili con quelli riportati da Stern e coll. (2010) e, nel caso del fattore Esame di realtà si rivelano migliori: $\alpha=.78$, contro un valore di $\alpha=.65$ riportato da Stern e coll. (2010). Considerando i risultati relativi ai valori dell'indice alfa di Cronbach e alle correlazioni item-totale possiamo dunque concludere che gli item appartenenti alle sette scale della STIPO sono caratterizzati da una buona coerenza interna.

È stata dunque valutata l'attendibilità inter-rater dei diversi domini della STIPO. I nostri risultati relativi alla codifica in cieco di un sottocampione delle interviste effettuate rivelano ottimi valori di correlazione (ICC) tra i punteggi attribuiti da due codificatori indipendenti, sia per quanto riguarda il sistema di *scoring* basato sulle medie dei singoli item che per quanto riguarda il punteggio sulla scala a 5 punti, per tutte le dimensioni dell'intervista. I dati da noi rilevati sono paragonabili a quelli riportati da Stern e coll. (2010); tuttavia, nello studio sulla versione originale dello strumento i dati sull'attendibilità inter-rater sono riportati solo rispetto alle tre dimensioni principali (Identità, Difese ed Esame di realtà), mentre i nostri risultati estendono la conferma dell'ipotesi di similarità delle valutazioni indipendenti anche ai quattro domini non principali. Questo risultato è particolarmente rilevante se si considera che la STIPO è stata concepita proprio in risposta all'esigenza di operazionalizzare in maniera più rigorosa la tecnica del colloquio strutturale. Possiamo dunque concludere che gli item della STIPO e i due sistemi di codifica sono concepiti in modo tale per cui se applicati allo stesso soggetto da due intervistatori indipendenti, questi condurranno a risultati confrontabili. La conferma di questa ipotesi è centrale nella possibilità di utilizzare lo strumento, che comporta comunque la necessità di un certo grado di inferenza da parte del clinico che lo somministra, in modo affidabile e di poter confrontare i risultati derivanti dalla somministrazione della STIPO da

parte di clinici diversi con la sicurezza che le misure rilevate sono fedeli alle caratteristiche indagate e non dipendono in modo significativo dall'intervistatore.

Passando a considerare i risultati relativi alla validità concorrente della STIPO, possiamo in linea generale concludere che sono emerse relazioni coerenti con misure esterne di costrutti simili a quelli indagati dall'intervista.

Innanzitutto, è stato testato un modello di relazione con l'IPO, il questionario oggetto degli studi presentati nel Capitolo 2 che valuta gli stessi domini per i quali la STIPO è stata sviluppata. È particolarmente rilevante, in un'ottica di triangolazione metodologica, verificare le ipotesi relative alle relazioni con misure esterne utilizzando metodi di raccolta dei dati diversi. In questo caso, in particolare, i dati raccolti e siglati dal clinico attraverso l'intervista STIPO sono stati confrontati con la misura self-report dei medesimi tratti, rilevati chiedendo direttamente al soggetto, attraverso la compilazione del questionario IPO, di riferire in che grado si riconoscesse nelle diverse caratteristiche indagate. Va sottolineato, tuttavia, che essendo stata confermata negli studi presentati nel Capitolo 2 una struttura parzialmente differente per quanto riguarda l'IPO, i nostri risultati relativi alle relazioni tra quest'ultimo strumento e la STIPO meritano una certa attenzione interpretativa. Dai nostri risultati emerge, infatti, un pattern di relazioni tra la scala Difese della STIPO e i fattori *Instabilità dell'immagine di sé e degli altri* e *Instabilità degli obiettivi* dell'IPO (Fig. 1). Come illustrato nel Capitolo 2, nella struttura a 4 fattori dell'IPO gli item relativi alla valutazione dell'assetto difensivo non costituiscono un fattore a sé stante, ma vanno a connotare tanto aspetti relativi all'instabilità della concezione di sé e degli altri quanto aspetti legati all'instabilità comportamentale. Coerentemente con ciò, i nostri risultati mostrano una relazione tra l'assetto difensivo misurato dalla STIPO e derivati dell'uso di meccanismi di difesa primitivi che si riflettono nell'instabilità dell'immagine di sé e degli altri e degli obiettivi di vita. La scala della STIPO relativa all'identità non mostra relazioni incrementali con i fattori dell'IPO. Possiamo ipotizzare che lo stile difensivo del soggetto spieghi in maniera primaria gli aspetti legati all'identità e che, dunque, nel modello di *path analysis*, renda nullo il contributo della scala Identità nella spiegazione dei domini dell'IPO. Questo risultato porta a ipotizzare, coerentemente con le teorizzazioni di Kernberg (e coerentemente con quanto emerso negli studi presentati nel Capitolo 2 in merito alle relazioni tra difese e identità), che assetto difensivo e strutturazione dell'identità siano collegati in una sorta di circolo vizioso, dove le difese rappresentano un aspetto primario nella formazione e nel consolidamento di modelli di interpretazione del mondo e di sé stessi e di relazioni con gli altri che conducono all'instabilità caratteristica della

diffusione dell'identità, che a sua volta caratterizza in modo patognomiconico il livello borderline di organizzazione di personalità.

La solidità psicometrica della scala relativa al funzionamento difensivo è confermata anche dal risultato relativo alle relazioni tra i fattori della STIPO e la scala del questionario REM 71 volta alla valutazione dei meccanismi di difesa immaturi (Fig. 3.1). La scala Difese della STIPO, infatti, presenta una relazione unica e significativa con questo fattore di REM 71. Possiamo dunque concludere che questi risultati confermano la validità concorrente della scala Difese della STIPO.

Anche considerando la scala Esame di realtà i nostri risultati confermano le ipotesi relative alla validità concorrente. Questa dimensione della STIPO, infatti, presenta una relazione unica e significativa con l'analoga dimensione misurata dall'IPO (Fig. 3.1). Nella versione dell'IPO a 4 fattori, infatti, rimane ben delineato un fattore relativo alla valutazione degli aspetti dell'esame di realtà legati a disturbi o distorsioni del pensiero e della percezione (si veda il Capitolo 2). Ritornando alla triangolazione metodologica, dunque, anche in questo caso il medesimo costrutto, misurato attraverso due metodi diversi, mantiene la sua validità.

La validità concorrente delle scale primarie della STIPO è stata valutata anche attraverso le relazioni con le misure esterne del funzionamento di personalità rilevato attraverso il questionario SIPP-118. I nostri risultati sono particolarmente significativi poiché, andando al di là di un approccio meramente correlazionale, sono state testate le ipotesi relative ai contributi unici che ciascuna delle tre dimensioni della STIPO ha fornito alla spiegazione dei diversi domini di personalità, al netto dei contributi delle altre dimensioni. Considerando la scala Difese della STIPO, emerge un contributo unico e significativo nella spiegazione dei fattori Autocontrollo e Integrazione dell'identità (Fig. 3.2). Questo risultato può essere letto come una conferma della validità della scala della STIPO nel misurare l'assetto difensivo, se si considera che l'autocontrollo, così come misurato da SIPP-118, consiste nella capacità del soggetto di tollerare e controllare le proprie emozioni e i propri impulsi, capacità che è chiaramente compromessa nel caso dell'uso di meccanismi di difesa di tipo primitivo (si pensi, ad esempio, all'acting out, ma anche all'impulsività come derivato comportamentale di meccanismi di scissione e conseguente identificazione proiettiva). La relazione con l'Integrazione dell'identità misurata da SIPP-118 può essere letta alla luce delle considerazioni sopra esposte circa il ruolo primario svolto dall'azione dei meccanismi difensivi nell'assetto identitario dell'individuo. Andando a considerare nel dettaglio le relazioni riscontrate tra la

scala Difese e i *facets* del questionario SIPP-118, emergono relazioni uniche e significative con diverse dimensioni (Fig. 3.3). Per alcuni di questi aspetti (Tolleranza della frustrazione, Regolazione emotiva, Regolazione dell'aggressività) si può ancora una volta ipotizzare che i nostri risultati confermino il ruolo primario dell'assetto difensivo come substrato che ha come derivati prossimi aspetti legati alla capacità di lettura della realtà e alla capacità di regolazione del comportamento. Altri aspetti (Funzionamento auto-riflessivo, Rispetto di sé e Senso di scopo) rimandano ancora una volta al ruolo svolto dallo stile difensivo nel caratterizzare funzioni legate alla coesione dell'identità.

Prendendo invece in esame la scala della STIPO relativa all'Identità, i nostri risultati sembrano confermare la validità degli aspetti misurati. Considerando le relazioni con i cinque fattori di SIPP-118 (Fig. 3.2), emerge infatti una relazione unica e significativa con il fattore Responsabilità, che valuta la capacità di porsi degli obiettivi realistici e di cercare di raggiungerli. Più in particolare, considerando i *facets* (Fig. 3.3), emergono relazioni con le sottodimensioni relative all'affidabilità e all'attività finalizzata, che misurano, nelle sue varie sfaccettature, la capacità dell'individuo di fare dei piani a lungo termine e di mettere in atto in modo affidabile, coerente e continuativo iniziative volte a realizzarli. Va ricordato che la capacità di investire in modo coerente, continuativo e soddisfacente nei diversi ambiti della vita (studio, lavoro, attività ricreative) costituisce un set di domande della STIPO nell'ambito della valutazione dell'identità. Continuando nell'esame delle relazioni con i *facets*, i nostri risultati confermano la validità della scala Identità anche sotto altri aspetti. Emergono, infatti, relazioni uniche significative con le dimensioni Stabilità dell'immagine di sé e Rispetto, che valutano, rispettivamente, la capacità del soggetto di fare un'esperienza di sé continua e coerente nel tempo e nelle diverse situazioni e la capacità di riconoscere e rispettare l'identità e i bisogni dell'altro. Questi due aspetti sono centrali nella concezione dell'integrazione dell'identità secondo il modello di Kernberg e rappresentano, insieme alla capacità di investimenti, gli aspetti centrali delle domande della STIPO per la valutazione dell'identità.

Infine, coerentemente con le ipotesi sul ruolo dell'Esame di realtà nella patologia della personalità, non emergono relazioni significative tra la tenuta dell'esame di realtà valutata attraverso la STIPO e i domini di funzionamento della personalità indagati dal questionario SIPP-118. Nel modello di Kernberg, infatti, la compromissione dell'esame di realtà è indicativa di un livello di organizzazione psicotico.

In conclusione passiamo a esaminare i risultati relativi alla validità di criterio. La scelta di reclutare un campione composto sia da volontari non clinici che da pazienti psichiatrici, infatti, ci ha consentito di valutare l'ipotesi circa la capacità delle misure delle tre scale primarie della STIPO di differenziare pazienti e non clinici. In linea con le attese teoriche, tutti e tre i punteggi della STIPO hanno dimostrato la capacità di discriminare tra soggetti clinici e non. Questo risultato conferma la validità di criterio delle tre dimensioni della STIPO e si pone in continuità con quanto emerso negli studi presentati nel Capitolo 2, in cui le dimensioni centrali dell'organizzazione di personalità, seppur emergenti con una dimensionalità parzialmente differente e misurate attraverso un metodo diverso (il self-report), consentivano di distinguere i soggetti appartenenti al *Community sample* e quelli appartenenti al campione clinico. È emersa infine, coerentemente con le attese teoriche, la capacità dei fattori Identità e Difese primitive di discriminare, all'interno del sottocampione clinico, tra soggetti con o senza diagnosi di disturbo borderline di personalità, mentre la dimensione Esame di realtà non si è rivelata significativa in questo confronto. Questi risultati sono in linea con la letteratura relativa a medesime associazioni riscontrate attraverso l'utilizzo di self-report (Smits et al., 2009), nonché con i nostri risultati relativi all'IPO riportati nel Capitolo 2, e confermano ancora una volta la validità e la specificità delle tre dimensioni primarie misurate dalla STIPO.

4. CONCLUSIONI GENERALI

Giunti al termine della trattazione, appare opportuno osservare in una prospettiva più globale i risultati ottenuti, in modo da poter trarre da essi delle conclusioni generali.

Considerati nel loro complesso, i risultati degli studi presentati nei Capitoli 2 e 3 consentono di trarre delle conclusioni circa la validità delle versioni italiane dei due strumenti oggetto di questo lavoro, l'*Inventory of Personality Organization* (IPO) e la *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO). Nel tradurre in una lingua diversa dalla versione originale degli strumenti di indagine psicologica è importante, infatti, valutare non soltanto l'adeguatezza linguistica della traduzione ma, soprattutto, quanto la traduzione e l'esportazione dello strumento in un contesto differente da quello in cui è stato concepito consenta di mantenere la validità della misurazione dei costrutti indagati. Per verificare le ipotesi relative alla capacità di una nuova versione di uno strumento di mantenere un buon livello di affidabilità e validità è necessario, come abbiamo fatto in questo lavoro, sottoporre lo strumento alla prova empirica. Le conclusioni a cui possiamo giungere depongono, tanto per l'IPO quanto per la STIPO, a favore della validità di tali misure nel contesto italiano. Gli strumenti, infatti, hanno dimostrato, negli studi sopra presentati, di verificare una serie di ipotesi relative alla loro validità. Innanzitutto, sia per il questionario che per l'intervista, è stata confermata, attraverso una serie complessa e sofisticata di procedure di analisi fattoriale, la dimensionalità teorica prevista. Si tratta di una prova di validità di fondamentale importanza, che dovrebbe in tutti i casi precedere tutti gli altri test di adattamento di un determinato strumento di misurazione. I nostri risultati, inoltre, hanno verificato le ipotesi relative alla stabilità della struttura degli strumenti nel tempo (rispetto all'IPO, infatti, è stata valutata la stabilità test-retest a distanza di un mese) e rispetto a diversi somministratori (nel caso della STIPO, è stata valutata l'*inter-rater reliability*). L'IPO e la STIPO, inoltre, hanno dimostrato di verificare le ipotesi relative alle associazioni con misure concorrenti. Questo secondo passaggio di verifica della validità di una misura conferma che, oltre a presentare la dimensionalità teorica prevista, lo strumento consente di misurare in maniera coerente le dimensioni teoriche ipotizzate, presentando relazioni attese con misure esterne di dimensioni simili o collegate al costrutto oggetto di misurazione. Abbiamo, infine, sottoposto i due strumenti a una delle

prove più importanti nella misura in ambito clinico, ovvero la validità di criterio. Il questionario e l'intervista hanno dimostrato, coerentemente con le attese teoriche, di discriminare tra soggetti clinici e non clinici. Inoltre, i due strumenti hanno dato prova di specificità, dimostrando come, coerentemente con il modello teorico alla base degli strumenti di *assessment*, solo determinate caratteristiche e non altre consentivano di differenziare tra soggetti con e senza diagnosi di disturbo borderline di personalità.

Pur consentendo di giungere a conclusioni positive circa la validità dei due strumenti in questione nella realtà italiana, il nostro studio soffre di alcuni limiti metodologici. Innanzitutto, per quanto riguarda il questionario IPO, le diagnosi che caratterizzano i soggetti del campione clinico sono state effettuate attraverso valutazione clinica da parte del curante e non tramite l'uso di strumenti diagnostici strutturati (come, ad es., SCID II). Va inoltre considerato il problema relativo alla bassa numerosità del campione clinico dello studio relativo all'IPO e del campione generale (clinico e non clinico) dello studio relativo alla STIPO. Considerando, nello specifico, i risultati delle analisi fattoriali confermate relative all'IPO, infine, si può notare come il fattore *Instabilità degli obiettivi* sia costituito da due soli item. Sarebbe, dunque necessario, in ricerche future, aggiungere altri item a questo fattore, se si considera il fatto che alcuni autori ritengono che il numero minimo per la composizione di un fattore sia di tre item (Comrey, 1988; Floyd & Widaman, 1995).

Oltre a queste considerazioni generali relative ai risultati dei nostri studi, appare utile proporre, in sede conclusiva, alcune riflessioni relative all'utilità di sottoporre alla prova empirica misure della struttura di personalità quali sono l'IPO e la STIPO.

4.1 OPERAZIONALIZZARE UNA TEORIA

Vorremmo soffermarci, innanzitutto, sull'importanza di costruire e validare strumenti utili a misurare i costrutti fondamentali di una teoria. Soprattutto in ambito psicoanalitico, storicamente è stata data una scarsa rilevanza agli sforzi di rendere confrontabili e misurabili le osservazioni cliniche. È vero, da un lato, che Freud considerava la ripetitività e la replicabilità del *setting* importante non soltanto in senso clinico ma anche rispetto alla possibilità di dotare la teoria e la metapsicologia psicoanalitiche di un "laboratorio clinico" adatto a svolgere osservazioni ripetute e ripetibili che consentissero di corroborare la teoria con una certa quantità di dati clinici. D'altra parte, è nota l'avversità, in ambiente psicoanalitico, al concetto di diagnosi, concepita come un'etichetta stigmatizzante che svuota di senso, anziché fornire uno strumento di scambio di informazioni. In questo senso, è particolarmente rilevante e interessante lo sforzo di Kernberg e del suo gruppo di ricerca volto non soltanto a concepire e affinare con il tempo una teoria dei disturbi di personalità con importanti origini e derivati clinici, ma anche il tentativo sistematico di sottoporre a ricerca empirica tale teoria. Si considerino, a titolo esemplificativo, le ricerche di Clarkin e collaboratori sull'*effortful control* (Hoermann et al., 2005), quelle sul riconoscimento delle espressioni emotive (Fertuck et al., 2009) e quelle sulla sottotipizzazione dei pazienti con disturbo borderline di personalità (Lenzenweger, Clarkin, Yeomans, Kernberg, & Levy, 2008). Un requisito fondamentale necessario per sottoporre a verifica empirica un determinato modello teorico consiste nel poter disporre di strumenti validi e attendibili che misurino gli aspetti fondamentali del modello teorico in questione, in modo da poter testare, attraverso la somministrazione di tali strumenti, la tenuta di ipotesi relative a causalità, differenze significative, tipizzazione di particolari popolazioni. È in questo senso che assumono una particolare rilevanza i risultati della nostra ricerca. Le conclusioni cui siamo giunti, infatti consentono di poter utilizzare con una certa confidenza un questionario e un'intervista al fine di misurare importanti aspetti della teoria di Kernberg sull'organizzazione di personalità ed, eventualmente, concepire disegni di ricerca volti a testare la tenuta della teoria sottostante.

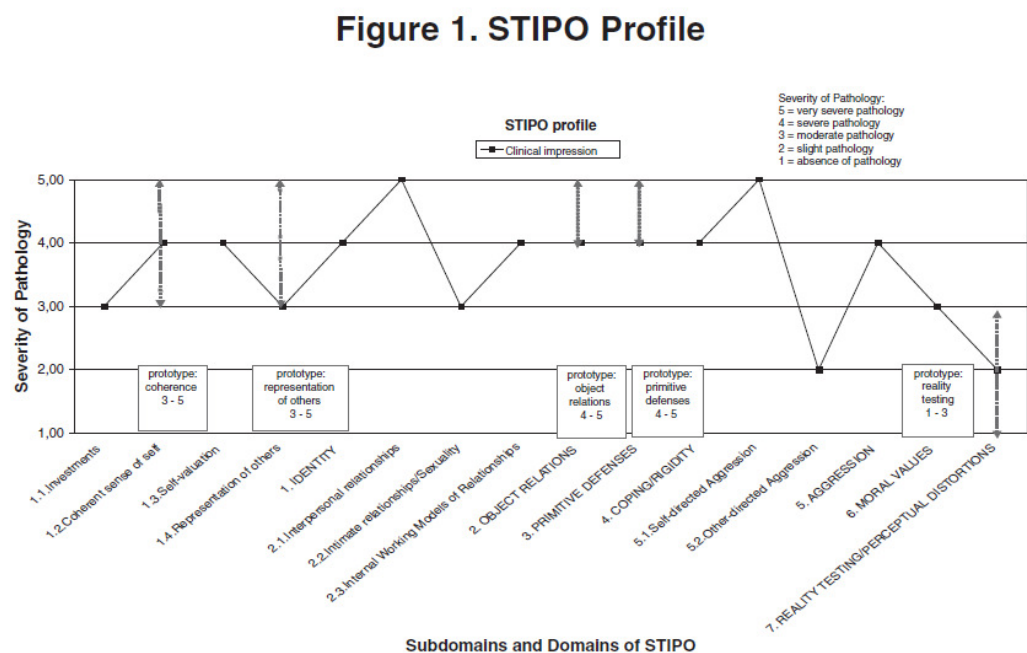
Va inoltre tenuta in considerazione l'importanza di disporre di misure affidabili nell'ambito della ricerca sull'efficacia della psicoterapia. In particolare, infatti, il modello di Kernberg si è negli ultimi anni affermato come uno dei modelli empiricamente validati per il trattamento del disturbo borderline di personalità. Kernberg e i suoi collaboratori, infatti,

hanno messo a punto e manualizzato una tecnica di trattamento specifica, la *Transference-Focused Psychotherapy* (TFP, Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006; Kernberg, Yeomans, Clarkin, & Levy, 2008) che ha dimostrato la sua efficacia in diversi studi (Clarkin et al., 2001; Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007; Doering et al., 2010). L'IPO e la STIPO, infatti, hanno il vantaggio di essere strumenti che permettono di rilevare il cambiamento, determinato dalla psicoterapia, rispetto a costrutti che sono coerenti con la teoria e con i meccanismi che, in linea teorica, si presuppone siano alla base delle modificazioni che la terapia dovrebbe produrre. Ciò permette di supplire a un limite che caratterizza diverse ricerche nell'ambito dell'efficacia della psicoterapia psicodinamica, che utilizzano per lo più e misure di *outcome* basate sul disagio a un livello puramente sintomatologico. Valutare l'efficacia della psicoterapia in questo modo può essere utile e coerente rispetto a determinati approcci; si pensi, ad esempio, alla *Dialectical-Behavioral Therapy* (DBT) sviluppata da Marsha Linehan per il trattamento dei disturbi di personalità (Linehan, 1993). La DBT ha fornito, coerentemente con il modello teorico-tecnico proposto, diverse prove di efficacia a livello dei sintomi (si vedano, a titolo esemplificativo, Linehan et al., 2002; Chen et al., 2008; Linehan et al., 2006). In un modello come quello di Kernberg è fondamentale, al contrario, verificare i cambiamenti a livello strutturale e, dunque, poter disporre di strumenti adeguati a misurare tali cambiamenti. Sempre a titolo esemplificativo, si consideri lo studio relativo ai meccanismi di cambiamento nella TFP di Levy e coll. (Levy et al., 2006) che ha dimostrato che il trattamento focalizzato sul transfert sviluppa cambiamenti nella funzione riflessiva, misurati attraverso l'*Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, & Main, *unpublished manuscript*).

D'altra parte, va considerata l'utilità di una teoria e delle sue applicazioni anche sotto il profilo clinico. Anche in questo caso, pur uscendo dall'ambito del rigore metodologico richiesto dalla ricerca, è importante che clinici e operatori della salute mentale possano disporre con un certo grado di confidenza di strumenti che misurino in modo valido e attendibile ciò che si propongono di valutare. I risultati della nostra ricerca, soprattutto rispetto alla validazione della STIPO, sono in questo senso rilevanti a livello applicativo, in quanto forniscono, all'interno del panorama italiano, prove a favore dell'efficacia di un metodo strutturato di valutazione della struttura di personalità. Vogliamo citare, a titolo esemplificativo, uno studio compiuto con la versione tedesca dell'intervista STIPO che consente di apprezzare i risvolti clinico-applicativi dell'utilizzo di tale strumento. Horz e coll. (2009) hanno somministrato la STIPO a un campione di 60 pazienti, al fine di costruire, sulla base dei punteggi riportati ai vari domini dell'intervista, un prototipo delle caratteristiche dei soggetti che si collocano al livello

borderline dell'organizzazione di personalità e testare l'efficacia di tale prototipo nello spiegare diversi aspetti della patologia della personalità. Gli autori hanno dunque costruito, attraverso il metodo del *consensus* tra clinici esperti, un profilo prototipico teorico dell'organizzazione borderline di personalità basato sui punteggi delle scale cliniche a 5 punti della STIPO relativi a 5 domini dell'intervista (Fig. 4.1). In particolare, sono stati individuati quattro domini volti a differenziare tra organizzazione di personalità nevrotica e organizzazione borderline e psicotica: una grave mancanza di integrazione della percezione di sé e degli altri, relazioni oggettuali disturbate, utilizzo consistenze di difese primitive. In ultimo, un esame di realtà parzialmente deficitario ma nel complesso mantenuto differenzerebbe l'organizzazione di personalità borderline da quella psicotica.

Figura 4.1. Profilo prototipico dell'Organizzazione Borderline di Personalità rispetto ai domini della STIPO



Tratto da Horz e coll. (2009)

Gli autori hanno rilevato come l'indice di similarità al prototipo fosse correlato a misure dell'affettività negativa, coerentemente con il modello teorico. È stato inoltre riscontrato un ottimo livello di *inter-rater reliability* nell'attribuire i soggetti al prototipo. I risultati di questa ricerca portano a concludere che i domini della STIPO possono essere utilizzati per formulare giudizi clinici circa la collocazione di un paziente a un determinato livello dell'organizzazione di personalità.

Possiamo dunque concludere che i nostri risultati supportano l'uso dei due strumenti oggetto degli studi dal punto di vista clinico e della ricerca.

4.2 VERSO IL DSM V

Il dibattito circa gli approcci descrittivo-categoriali e quelli dimensionale-strutturali nella diagnosi dei disturbi di personalità presentato nel Capitolo 1 assume una particolare importanza in relazione alla prossima pubblicazione della quinta edizione del DSM, prevista per il 2013. Benché il dibattito sia ancora in corso e siano possibili diverse modifiche e aggiustamenti, l'idea di fondo è quella di integrare diverse tipologie di valutazione all'interno di un unico modello ibrido, partendo dalla revisione di alcuni interrogativi chiave. Anzitutto, viene considerata la definizione di disturbo di personalità e la capacità di tale definizione di differenziare la patologia di personalità da altri ambiti psicopatologici. Ci si chiede, poi, se la psicopatologia della personalità sia meglio descritta da rappresentazioni dimensionali di categorie diagnostiche o da estremi dimensionali nel generale funzionamento della personalità (Skodol & Bender, 2009; Miller & Levy, 2011; Skodol et al., 2011a; Skodol et al., 2011b).

Un altro importante ambito considerato nel dibattito relativo alla sistematizzazione dei disturbi di personalità all'interno del DSM V riguarda la necessità di render conto anche della gravità dei disturbi valutati, in modo da acquisire un'effettiva utilità clinica (Tryer, 2005, Pilkonis, Hallquist, Morse, & Stepp, 2011). Integrando la valutazione sui disturbi di personalità con i tratti di personalità, senza metterli in competizione tra loro, il DSM-V permetterà dunque una maggiore predizione delle difficoltà funzionali e relazionali del paziente (Hopwood & Zanarini, 2010; Krueger & Eaton, 2010).

Appare evidente, dunque, che la prossima edizione del DSM considererà i disturbi di personalità in generale, e il disturbo borderline di personalità in particolare, non a partire da un'ottica ateorica e categoriale, ma considerando costrutti derivanti da differenti prospettive teoriche che contribuiscono alla diagnosi dei disturbi di personalità in un'ottica dimensionale (Skodol & Bender, 2009). In particolare, quel che più interessa ai fini di questa trattazione sono gli aspetti considerati dal DSM V che possono essere misurati attraverso gli strumenti che nel nostro studio si sono dimostrati validi e affidabili. Le proposte per la definizione di disturbo di personalità includono infatti in maniera esplicita gli aspetti legati all'identità, definita tanto rispetto alla coesione del senso di sé e degli obiettivi di vita quanto rispetto alle relazioni interpersonali. Inoltre, nella nuova edizione del manuale una nuova enfasi verrà posta, come abbiamo visto, sul concetto di gravità. Rispetto all'identità, nello specifico, la proposta è quella di valutare, su una scala da 0 a 4, la capacità del soggetto di fare un'esperienza di sé come

unico e integrato, di mantenere una buona regolazione dell'autostima e di tollerare e regolare una buona gamma di emozioni. Considerate le relazioni interpersonali, le capacità valutate dalla scala riguardano l'accuratezza nella comprensione degli altri e delle loro motivazioni e prospettive e la consapevolezza del proprio effetto sugli altri. È evidente il parallelismo con i domini centrali nel modello di Kernberg per la diagnosi della struttura di personalità. Tornando ai risultati dei nostri studi, possiamo dunque concludere che gli strumenti che abbiamo validato offrono un contributo importante alla possibilità di raccogliere informazioni utili ai fini di diagnosticare la presenza di un disturbo di personalità secondo il modello che probabilmente sarà adottato dalla prossima edizione del DSM. Rivedendo nel dettaglio i fattori indagati dall'IPO (Capitolo 2) e dalla STIPO (Capitolo 3), si potrà notare infatti come proprio le caratteristiche comprese dalle proposte per il DSM V nella valutazione del *level of personality functioning* siano contenute in maniera esplicita negli item del questionario e nelle domande dell'intervista (APA, 2011a).

Se consideriamo più nello specifico i criteri proposti per il disturbo borderline di personalità APA, 2011b), emergono, nel *draft proposal*, tre aspetti centrali: l'affettività negativa, la disinibizione comportamentale e l'ostilità. Anche in questo caso, rivedendo i risultati dei nostri studi, si potrà notare come tali caratteristiche siano misurate dall'IPO e dalla STIPO. Analizzando i risultati relativi alla validità convergente si potrà notare come il fatto che gli strumenti misurino proprio tali aspetti sia confermato dalle relazioni riscontrate con le misure di criterio esterne.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ahadi S. A., Rothbart M. K. (1994). Temperament, development, and the Big Five. In G. A. Kohnstamm, C. F. Jr Halverson (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp. 189-207). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition, text revision (DSM III TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM IV TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2011a). *Borderline Personality Disorder*. Retrieved from <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=17>
- American Psychiatric Association. (2011b). *Personality Disorders*. Retrieved from <http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/personalitydisorders.aspx>
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 246-256.
- Arntz, A., & Bernstein, D. (2006). Can personality disorders be changed? *Netherlands Journal of Psychology, 62*, 9-18.
- Asparouhov, T., & Muthen, B. (2006). *Robust chi square difference testing with mean and variance adjusted test statistics (Mplus Web Notes: No. 10)*. Retrieved from <http://www.statmodel.com/download/webnotes/webnote10.pdf>
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2009). Exploratory structural equation modeling. *Structural Equation Modeling, 16*, 397-438.
- Asparouhov, T., & Muthen, B. (2010). *Bayesian analysis of latent variable models using Mplus (Technical Report Version 2)*. Retrieved from <http://statmodel.com/download/BayesAdvantages6.pdf>

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226–244.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin, 107*, 238–246.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin, 88*, 588–606.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Boedijn, G., & Verheul, R. (2009). Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bulletin of the Menninger Clinic, 73*(1), 44-60.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford.
- Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 343-349.
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavalley, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 141-156.
- Cannon, W. B. (1932). *The Wisdom of the Body*. New York: Norton.
- Carr, A. C., Goldstein, E. G., Hunt, H. F., & Kernberg, O. F. (1979). Psychological tests and the borderline patients. *Journal of Personality Assessment, 43*, 224-233.
- Chapman, L. J., Chapman, J. P., & Raulin, M. L. (1978). Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 399-407.
- Chen, E. Y, Matthews, L., Allen, C., Kuo, J.R., Linehan, M.M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for clients with binge eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 505-512.
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling, 9*, 233-255.
- Clark, L. A. (1993). *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder. Perennial issues and an emerging conceptualization. *Annual Review of Psychology, 58*, 227-257.
- Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Somavia, J. (1998). Assessment of the patient with borderline personality disorder for psychodynamic treatment. In J. W. Barron (Ed.), *Making*

- diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing. Tr. it Fioriti, Roma 2011.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders, 15*, 487-495.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry, 164*, 922-928.
- Clarkin, J.F., Posner, M. (2005). Defining the mechanisms of borderline personality disorder. *Psychopathology, 38*, 56–63.
- Cohen, J. (1968). Weighed Kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin, 70*, 213-220.
- Comrey, A. L. (1988). Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 754-761.
- Costa, P. T. Jr., & Widiger, T. A. (Eds.). (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cristopher, J. C., Bickhard, M. H., & Lambeth, G. S. (2001). Otto Kernberg's object relations theory. A metapsychological Critique. *Theory Psychology, 11*, 687-711.
- Darlington, R. B. (1990). *Regression and linear models.* New York: McGraw-Hill.
- De Clercq, B., De Fruyt, F., Van Leeuwen, K., & Mervielde, I. (2006). The structure of maladaptive personality traits in childhood: a step toward an integrative developmental perspective for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 639-657.
- Depue, R. A., & Lenzenweger, M. F. (2001). A neurobehavioral dimensional model of personality disorders. In W. J. Livesley (Ed.), *The handbook of personality disorders* (pp. 136–176). New York: Guilford.
- Depue, R. A., Lenzenweger, M. F., & Livesley, W. J. (Eds.). (2001). *Handbook of personality disorders.* New York : Guilford Press.

- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Baltimore, MD: Clinical Psychometrics Research Unit, Johns Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L., Rickels, K., & Rock, A. (1976) The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal Psychiatry*, *128*, 280-289.
- Doering, S., Horz, S., Rentrop, M., Fishcer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., et al. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *196*, 389-395.
- Dolan, C. V. (1994). Factor analysis of variables with 2, 3, 5, and 7 response categories: A comparison of categorical variable estimators using simulated data. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, *47*, 309-326.
- Eckblad, M., & Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 215–225.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Reiser, M., Cumberland, A., Shepard, S. A., et al. (2004). The relations of effortful control and impulsivity to children's resiliency and adjustment. *Child Development*, *75*, 25–46.
- Ellison, W. D., Levy, K. N. (2011). Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling. *Psychological Assessment*, Nov 21, 2011, No Pagination Specified.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the Life Cycle (Psychological Issues, 1)*. New York: Int. Univ. Press. Tr. it Armando, Roma 1991.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *43*, pp. 522–527.
- Fertuck, E. A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M. C., Wilson, S. T., Brodsky, B.S., & Stanley, B. (2009). Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological medicine*, *39*, 1979-88.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.

- Fischer-Kern, M., Mikutta, C., Kapusta, N. D., Hörz, S., Naderer, A., Thierry, N., et al. (2010). The psychic structure of chronic pain patients. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *56*, 34-46.
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, *9*, 466-491.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, *7*, 286-299.
- Foelsch, P. A., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., Somavia, J., Normandin, L., & Lenzenweger, M. F. (unpublished manuscript). *The Inventory of Personality Organization: Initial psychometric properties*.
- Freud, S. (1915). *Pulsioni e loro destino*. OSF, vol. 8. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1922). *L'io e l'Es*. OSF, vol.9. Torino: Bollati Boringhieri.
- Fromme, K., Katz, E. C., & Rivet, K. (1997). Outcome expectancies and risk-taking behavior. *Cognitive Therapy and Research*, *21*, 421-442.
- Gamache, D., Laverdière, O., Diguier, L., Hébert, É., Larochelle, S., & Descôteaux, J. (2009). The Personality Organization Diagnostic Form: Development of a revised version. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*, 368-377.
- George C, Kaplan N, Main M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Berkeley: University of California.
- Gerson, M. J. (1984). Splitting: The development of a measure. *Journal of Clinical Psychology*, *40*, 157-162.
- Giesen-Bloo, J. H., Arntz, A., & Schouten, E. (unpublished manuscript). *The Borderline Personality Disorder Checklist: psychometric evaluation and factorial structure in clinical and non clinical samples*.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 649-658.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*, 253-263.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University Press. Tr. it Mulino, Bologna 1986.

- Gutiérrez, F., Navinés, R., Navarro, P., García-Esteve, L., Subirà, S., Torrens, M., & Martín-Santos, R. (2008). What do all personality disorders have in common? Ineffectiveness and uncooperativeness. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 570-578.
- Harter, S. (1999) *The Construction of the Self. A Developmental Perspective*. New York: Guilford Press.
- Hartmann, H., Kris, E., & Lowenstein, R. (1946). Comments on the formation of psychic structure. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *2*, 11-38.
- Hébert, É., Diguier, L., Descôteaux, J., Daoust, J. P., Rousseau, J. P., Normandin, L., et al. (2003). The Personality Organization Diagnostic Form (PODF): A preliminary report on its validity and interrater reliability. *Psychotherapy Research*, *13*, 243-254
- Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control: An approach to Borderline Personality Disorder heterogeneity. *Psychopathology*, *38*, 82-86.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1994). Life stressors and mental health: Advances in conceptualising stress resistance. In W. R. Avison, & I. H. Gotlib (Eds.), *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future* (pp. 213-238). New York: Plenum.
- Hopwood, C. J., & Zanarini, M. C. (2010). Borderline personality traits and disorder: predicting prospective patient functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 585-589.
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Edelen, M. O., Shea, M. T., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., et al. (2008). A comparison of interview and self-report methods for the assessment of borderline personality disorder criteria. *Psychological Assessment*, *20*, 81-85.
- Horn, J. L., & McArdle, J. J. (1992). A practical and theoretical guide to measurement invariance in aging research. *Experimental Aging Research*, *18*, 117-144.
- Horner, A. J. (1991). *Psychoanalytic object relations therapy*. Northvale, N.J: Aronson.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 885-892.
- Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Kapusta, N. D., Buchheim, P., et al. (2010). Personality structure and clinical severity of borderline personality disorder. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *56*, 136-149.

- Hörz, S., Stern, B., Caligor, E., Critchfield, K., Kernberg, O. F., Mertens, W. et al. (2009). A Prototypical Profile of Borderline Personality Organization (STIPO). *Journal of American Psychoanalytic Association*, 57, 1464-1468.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Hyer, S. E., Rieder, R.O. (1987). *Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Hyman, S. (2000). Mental illness: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron*, 28, 321-323.
- Igarashi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Shono, M., Hasui, C., et al. (2009). The Inventory of Personality Organization: its psychometric properties among student and clinical population in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 8(9), 1-21.
- Ingenhoven, T. J. M., Duivenvoorden, H. J., Brogtrop, J., Linderborn, A., Van den Brink, W., & Passchier, J. (2009). Brief communications: interrater reliability for Kernberg's structural interview for assessing personality organization. *Journal of Personality Disorders*, 23, 528-534.
- Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. New York: International Universities Press. Tr. it. Martinelli, Firenze 1974.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Aronson. Tr. it. Boringhieri, Torino 1978.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Aronson. Tr. it. Boringhieri, Torino 1980.
- Kernberg, O. F. (1980). *Internal World and External Reality*. New York: Aronson. Tr. it. Boringhieri, Torino 1985.
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 169-195.
- Kernberg, O. F. (1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven, CT: Yale Univ. Press. Tr. it. Cortina, Milano 1993.
- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorder. In J. F. Clarkin, & M. Lenzenweger (Eds.), *Major Theories of Personality Disorders*. New York: Guilford. Tr. it. Cortina, Milano 1997.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press. Tr. it. Boringhieri, Torino 1987.
- Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (1995). *The Inventory of Personality Organization*. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center.

- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *International Journal of Psychoanalysis* 89, 601-620.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In M. F. Lenzenweger, & J. F. Clarkin (Eds.), *Major Theories of Personality Disorders*, 2nd ed. (pp. 114-156) New York: Guilford Press. Tr. it Cortina, Milano 2006.
- Klapow, J. C., Slater, M. A., Patterson, T. L., Atkinson, J. H., Weickgenant, A. L., Grant, I., et al. (1995). Psychological factors discriminate multidimensional clinical groups of chronic low back pain patients. *Pain*, 62, 349-355.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99-110.
- Klein, M. (1975). *Envy and gratitude and other works*. London: Hogarty Press and the Institute of Psycho-Analysis. Tr. it. Martinelli, Firenze 1979.
- Kochanska, G., & Knaack, A. (2003). Effortful control as a personality characteristic of young children: Antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Personality*, 71, 1087-1112.
- Kraus, C., Dammann, G., Rothgordt, J., & Berner, W. (2004). Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsorganisation bei Sexualdelinquenten. [Personality disorders and personality organization in sexual offenders]. *Recht & Psychiatrie*, 22, 95-104.
- Krueger, R. F. (2005). Continuity of axes I and II: toward a unified model of personality disorders, and clinical disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19, 233-261.
- Krueger, R. F. (2005). Continuity of axes I and II: toward a unified model of personality disorders, and clinical disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19, 233-261.
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2010). Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology. *Personality Disorders*, 1, 97-118.
- Kullgren, G. (1987). An empirical comparison of three different borderline concepts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 246-255.
- Laplanche J., & Pontalis J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France. Tr. it. Laterza, Bari 1998.
- Larsen, R. J., Diener, E., & Emmons, R. A. (1986). Affect intensity and reactions to daily life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 803-814.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.

- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic medicine*, 55, 237-247.
- Lazarus, R. S. (1998). *Fifty years of the research and theory of R. S. Lazarus. An analysis of historical and perennial issues*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lazarus, R., S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73, 45-63.
- Lenzenweger, M. F. (2010). Current status of the scientific study of the personality disorders: an overview of epidemiologic, longitudinal, experimental psychopathology, and neurobehavioral perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58, 741-778.
- Lenzenweger, M. F., Bennett, M. E., & Lilienfeld, L. R. (1997). The referential thinking scale as a measure of schizotypy: Scale development and initial construct validation. *Psychological Assessment*, 9, 452-463.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13, 577-591.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F., Levy, K. N. (2008). Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: Implications for classification. *Journal of Personality Disorders* 22, 313-331.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J., et al. (2006). Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, London: The Guilford Press. Tr. it. Cortina, Milano 2001.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, M.A., et al. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.

- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S. K., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 67*, 13-26.
- Lingiardi, V., & Madeddu, F. (1994). *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality, 19*, 257-268.
- Livesley, W. J. (2001). Commentary on reconceptualizing personality disorder categories using trait dimensions. *Journal of Personality, 69*, 277-286.
- Livesley, W. J. (2003). Introduction to the special feature on personality, personality disorder, and psychopathology. *Journal of Personality Disorders, 17*, 87-89.
- Livesley, W. J., Jackson, D. N., & Schroeder, M. L. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 432-440.
- Looper, K. J., & Paris, J. (2000). What dimensions underlie cluster B personality disorders? *Comprehensive Psychiatry, 41*, 432-437.
- Lowe, J. R., & Widiger, T. A. (2009). Clinicians' judgments of clinical utility: a comparison of the DSM-IV with dimensional models of general personality. *Journal of Personality Disorders, 23*, 211-229.
- Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 401-412.
- Mahler, M. S. (1971). A study of separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child, 26*, 403-424.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 139-157.
- Marsh, H. W., Muthén, B., Asparouhov, T., Lüdtke, O., Robitzsch, A., Morin, A. J. S., et al. (2009). Exploratory structural equation modeling, integrating CFA and EFA: Application to students' evaluations of university teaching. *Structural Equation Modeling, 16*, 439-476.

- Mazzi, F., Morosini, P., De Girolamo, G., Guaraldi, G. P. (2003). *SCID-II - Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Miller, J. D., & Levy, K. N. (2011). Personality and personality disorders in the DSM-5: introduction to the special issue. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 1-3.
- Muthén, B., & Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38, 171-189.
- Muthén, B., & Kaplan, D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 45, 19-30.
- Muthén, L.K. and Muthén, B.O. (1998-2010). *Mplus User's Guide. Sixth Edition*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Myers, K., & Winters, N. C. (2002). Ten-year review of rating scales. I: Overview of scale functioning, psychometric properties, and selection. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 114-122.
- Nakao, K., Takaishi, J., Tatsuta, K., Katayama, H., Iwase, M., Yorifuji, K., et al. (1999). A profile analysis of personality disorders: beyond multiple diagnoses. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53, 373-380.
- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsch, P., et al. (2002). Évaluation de la validité théorique de l'Inventaire de l'organisation de la personnalité. [Evaluation of the theoretical validity of the Inventory of Personality Organization]. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 34, 59-65.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oldham, J., Clarkin, J., Appelbaum, A., Carr, A., Kernberg, P., Lotterman, A., et al. (1985). A self-report instrument for borderline personality organization. In T. H. McGlashan (Ed.), *The borderline: Current empirical research* (pp. 3-18). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Olsson, U. (1979). Maximum likelihood estimation of the polychoric correlation coefficient. *Psychometrika*, 44, 443-460.
- Paris, J. (2005). Outcome and epidemiological research on personality disorders: implications for classification. *Journal of Personality Disorders*, 19, 557-562.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.

- Pilkonis, P. A., Hallquist, M. N., Morse, J. Q., & Stepp, S. D. (2011). Striking the (im)proper balance between scientific advances and clinical utility: commentary on the DSM-5 for personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *2*, 68-82.
- Pilkonis, P. A., Heape, C. L., Ruddy, J., & Serrao, P. (1991). Validity in the diagnosis of personality disorders: The use of the LEAD standard. *Psychological Assessment*, *3*, 46-54.
- Pilkonis, P. A., Kim, Y., Proietti, J. M., & Barkham, M. (1996). Scales for personality disorders developed from the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Disorders*, *10*, 355–369.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, *21*, 365-379.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*, *12*, 427-441
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Levy, K., Evans, D. E., & Thomas, K. M. (2002). Mechanisms of borderline personality disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *16366-16370*.
- Prunas, A., Madeddu, F., Pozzoli, S., Gatti, C., Shaw, R. J., & Steiner, H. (2009). The Italian Version of the Response Evaluation Measure-71. *Comprehensive Psychiatry*, *50*, 369-377.
- Prunas, A., Sarno, I., Capizzi, S., & Madeddu, F. (2006). La versione italiana del Borderline Personality Disorder Check List. *Minerva Psichiatrica*, *47*, 1-12.
- Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2011). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: A study on a large community sample. *European psychiatry*.
- Rapaport, D., & Gill, M. M. (Eds.) (1959). *The points of view and assumptions of metapsychology, the collected papers of David Rapaport*. New York: Basic.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (1995). *Life problems inventory*. New York: Montefiore Medical Center/Einstein College of Medicine.
- Robins L. N., & Heltzer, J. E. (1986). Diagnosis and clinical assessment. The current state of psychiatric diagnosis. *Annual review of psychology*, *37*, 409-432.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon (Series Ed.), & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional and personality development* (5th ed.) (pp. 105-176). New York: Wiley.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*, 122-135.
- Rottman, B. M., Ahn, W., Sanislow, C. A., & Kim, N. S. (2009). Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases? *American Journal of Psychiatry*, *166*, 427-433.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1069-1081.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2006). Clinicians' judgments of clinical utility: a comparison of the DSM-IV and Five Factors Models. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 298-308.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: a facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, *28*, 1326-1342.
- Sandler J., & Rosenblatt, B. (1962). The concept of the representational world. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *17*, 128-145.
- Sarno, I., Preti, E., Prunas, A., & Madeddu, F. (2011). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R Adattamento italiano*. Firenze : Giunti, Organizzazioni Speciali.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *23*, 1055–1085.
- Selye, H., (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, *138*, 30-32
- Sherer, M., & Adams, C. H. (1983). Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychological Reports*, *53*, 899–902.
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2009). The future of personality disorders in DSM-V? *American Journal of Psychiatry*, *166*, 388-391.
- Skodol, A. E., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Zanarini, M. C., et al. (2005). The collaborative longitudinal personality study (CLPS): overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, *19*, 487-504.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Morey, L. C., Krueger, R. F., Bender, D. S., Clark, L. A. et al. (2011a). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *2*, 4-22.

- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Morey, L. C., Krueger, R. F., Bender, D. S., Clark, L. A. et al. (2011b). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part II: clinical application. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 23-40.
- Smits, D. J. M., Vermote, R., Claes, L., & Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization-Revised. *European Journal of Psychological Assessment*, 25, 223-230.
- Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 526-537.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, C., Barnow, S., Armbruster, J., Kusserow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Borderline personality organization and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 210-221.
- Sprock, J. (2003). Dimensional versus categorial classification of prototypic and nonprototypic cases of personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 991-1014.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An internal estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180.
- Steiner, H., Araujo, K. B., & Koopman, C. (2001). The Response Evaluation Measure (REM-71): a new instrument for the measurement of defenses in adults and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 467-473.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Hörz, S., MacCornack, V., et al. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 92, 35-44.
- Stern, B. L., Kim, Y., Trull, T., Scarpa, A., & Pilkonis, P. (2000). The Inventory of Interpersonal Problems Personality Disorder Scales: Diagnostic efficiency and confirmatory factor results in non-clinical samples. *Journal of Personality Assessment*, 74, 459-471.
- Stone M. H. (1980). *The Borderline Syndromes: Constitution, Personality and Adaptation*. New York: McGraw-Hill.
- Trull, T. J. (2005). Dimensional models of personality disorder: coverage and cutoffs. *Journal of Personality Disorders*, 19, 262-282.
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorial and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380.
- Tryer, P. (2005). The problem of severity in the classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 309-314.

- Verheul, R. (2005). Clinical utility for dimensional models for personality pathology. *Journal of Personality Disorders, 19*, 283-302.
- Verheul, R., Berghout, C. C., Busschbach, J. J. V., Bateman, A. W., Andrea, H., Dolan, C., et al. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, Factor Structure, Reliability, and Validity. *Psychological Assessment, 20*, 23-34.
- Vermote, R., Fonagy, P., Vertommen, H., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., Peuskens, J. (2009). Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *Journal of Personality Disorders, 23*, 294-307.
- Wakefield, J. C. (2006). Personality disorder as harmful dysfunction: DSM's cultural deviance criterion reconsidered. *Journal of Personality Disorders, 20*, 157- 169.
- Wakefield, J. C., & First, M. B. (2003). Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. In K. A. Phillips, M. B. First, & H. A. Pincus (Eds.), *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 23-56). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Walter, M., Berth, H., Selinger, J., Gerhard, U., Küchenhoff, J., Frommer, J., et al. (2009). The lack of negative affects as an indicator for identity disturbance in Borderline Personality Disorder: A preliminary report. *Psychopathology, 42*, 399-404.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063 -1070.
- Westen, D., & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1767-1771.
- Widiger, T. A. (2003). Personality disorder diagnosis. *World Psychiatry, 2*, 131-135.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions: a question for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 494-504.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*, 110-130.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62*, 71-83.
- Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, J., & Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for DSM-V. *Journal of Personality Disorders, 19*, 315-338.
- Widiger, T.A., & Costa, P.T. (2002). Five factor model personality disorder research. In P.T. Costa, & T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five factor model of personality* (2nd ed.) (pp. 59-87). Washington, DC: American Psychological Association.

- Wilkinson-Ryan, T., & Westen D. (2000). Identity disturbance in Borderline Personality Disorder: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 528-541.
- Winnicott, D.W. (1955) Clinical varieties of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 386.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yeomans, F. E., & Levy, K. N. (2002). An object relations perspective on borderline personality. *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 76-80.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other Axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 161-167.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.