

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA



DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA

Dottorato di Ricerca in Psicologia sociale, cognitiva e clinica

XXIV Ciclo

***VALUTAZIONE CON MMPI 2 DI UN CAMPIONE DI  
PAZIENTI BORDERLINE DELLA COMUNITÀ  
TERAPEUTICA “VILLA RATTI” E RELAZIONE CON  
LE PERCENTUALI DI INTERVENTI DEL PROGETTO  
TERAPEUTICO-RIABILITATIVO***

Relatore: Prof. Fabio Madeddu

Correlatore: Prof. Hans Schadee

Coordinatore: Prof. Francesco Paolo Colucci

Tesi di: Niccolò Ettore Di Francesco

Anno Accademico 2011 – 2012



## Sommario

<b>1. Introduzione</b> .....	<b>pag 1</b>
1.1 Obiettivi della ricerca .....	pag 1
1.2 Il Disturbo di Personalità Borderline .....	pag 1
1.3 DSM 5: tratti VS categorie.....	pag 3
1.4 Differenze di genere nell'uso dei trattamenti.....	pag 5
<b>2. Materiali e metodi</b> .....	<b>pag 7</b>
2.1 Riabilitazione e disturbi di personalità in residenzialità terapeutica .....	pag 8
2.2 Approccio terapeutico di trattamento di Villa Ratti: modello cognitivo costruttivista del disturbo di personalità borderline .....	pag 9
2.3 Attività di Villa Ratti.....	pag 12
2.3 Strumenti .....	pag 19
<b>3. Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)</b> .....	<b>pag 18</b>
3.1 Struttura dell'MMPI-2 .....	pag 19
3.2 Punteggi elevati: interpretazione .....	pag 28
3.3 Intercorrelazioni delle scale cliniche di base.....	pag 32
<b>4. Risultati</b> .....	<b>pag 34</b>
4.1 Statistiche descrittive del campione .....	pag 34
4.2 Statistiche descrittive MMPI-2.....	pag 46
4.3 Correlazioni tra scale mmpi 2 e percentuali degli interventi.....	pag 53
4.4 Regressioni multiple nel campione senza outlier (n=46) .....	pag 69
<b>5. Discussione</b> .....	<b>pag 74</b>
5.1 Limiti e prospettive future.....	pag 80
<b>6. Ringraziamenti</b> .....	<b>pag 81</b>
<b>7. Bibliografia</b> .....	<b>pag 82</b>
<b>APPENDICE</b> .....	<b>pag 87</b>

## **ABSTRACT: PERSONALITÀ E RIABILITAZIONE PSICHIATRICA**

**INTRODUZIONE:** i percorsi riabilitativi delle comunità terapeutiche sono mirati a riacquisire un'adeguata funzionalità personale, relazionale e lavorativa, consentendo il reinserimento sociale dei pazienti. Tuttavia in letteratura non sono presenti dati sulla predisposizione alla partecipazione alle attività previste dai piani di cura individualizzati. Pertanto si indaga la relazione tra i tratti di personalità dei pazienti della Comunità Terapeutica per borderline "Villa Ratti", valutati tramite MMPI 2 all'inizio del ricovero e le percentuali degli interventi realizzati nella struttura durante il ricovero.

**METODI:** 62 pazienti (27 M, 35 F, età media=28, DS=6,6) hanno svolto un totale di 14540 attività, suddivise in 24 categorie, nel biennio 2009-2010. Per 50 di questi pazienti (20 M, 30 F) sono disponibili titolo di studio e punteggi alle scale MMPI-2. Tra questi, 4 femmine risultano chiaramente outlier per i punteggi estremamente bassi su tutte le scale. Per i rimanenti 46 (20 M, 26 F) si analizzano le correlazioni e le regressioni multiple per valutare la predittività dei punteggi mmpi-2 sulle percentuali di interventi.

**RISULTATI:** alcune scale mmpi-2 correlano significativamente con 8 dei 24 interventi (espressi in percentuale). Inoltre, i valori di  $R^2$  delle regressioni multiple vanno da 0,1 a 0,4. Tuttavia non tutte le scale risultano predittive: Menzogna (L), Ipocondria (Hs) e Deviazione Psicopatica (Pd) non mostrano effetti significativi sulla partecipazione agli interventi.

**CONCLUSIONI:** Sono state trovate relazioni significative tra i punteggi mmpi 2 e le percentuali di interventi effettuati. Questi risultati fanno luce sulle caratteristiche di personalità che possono influenzare la tendenza dei pazienti a partecipare o meno alle attività, indipendentemente da ciò che è concordato nel Progetto Terapeutico Riabilitativo individualizzato per ogni ospite della Comunità Villa Ratti. I limiti e le prospettive future sono discussi.

## **ABSTRACT: PERSONALITY AND PSYCHIATRIC REHABILITATION**

**INTRODUCTION:** psychiatric rehabilitation in Therapeutic Communities is aimed to let in care patients regain an adequate relational and occupational functionality, allowing their social reintegration. However, there are no reports in the literature concerning the predisposition to participate in the activities that have been previously agreed upon, according to patients' individual care plans. Therefore, the relationship between personality traits of borderline inpatients of the Therapeutic Community "Villa Ratti", assessed using MMPI-2 administered at the beginning of their stay in the Community, and percentages of interventions during their permanence there, is investigated.

**METHODS:** 62 patients (27 Males, 35 Females, mean age=28, sd=6,6) have performed a total of 14540 interventions, comprising 24 categories, between January 2009 and December 2010. MMPI-2 scores and school degree were available only for 50 patients (20 M, 30 F). 4 Females of them were clearly outliers because of their extremely low scores in all scales. For the remaining 46 patients (20 M, 26 F), correlations and multiple regressions were analyzed, in order to evaluate predictive values of mmpi 2 scores on the percentiles of interventions.

**RESULTS:** some mmpi-2 scales were significantly correlated with 8 out of 24 percent interventions. Moreover, some scales were significantly predictive, with  $R^2$  values spanning the range 0,1 - 0,4. However, not all scales resulted to be predictive: Lie (L), Hypochondria (Hs) and Psychopathic Deviate (Pd) do not exert significant effects onto the attendance to activities.

**CONCLUSIONS:** In this study, significant relationships between some of the mmpi-2 scores and percentiles of interventions performed, were found. These results give an indication of which aspects of personality can affect the tendency of patients to participate in specific activities, independently of what had been previously decided in the Therapeutic-Rehabilitative Project. The limits of this approach and the future potential developments are discussed.



## **1. INTRODUZIONE**

### **1.1 Obiettivi della ricerca**

I percorsi terapeutici-riabilitativi delle comunità residenziali sono mirati a riacquisire un'adeguata funzionalità personale, relazionale e lavorativa, consentendo il reinserimento sociale degli ospiti. Tuttavia in letteratura non sono presenti dati sulla predisposizione alla partecipazione alle attività proposte. Pertanto lo studio condotto nell'ambito di questo Dottorato di Ricerca si è posto l'obiettivo di indagare la relazione tra i tratti di personalità dei pazienti della Comunità Terapeutica per disturbi di personalità borderline "Villa Ratti" di Monticello Brianza (LC), valutati tramite il questionario Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2, somministrato all'inizio del ricovero, e le percentuali di interventi, previsti dal Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR), svolti durante il ricovero, nel biennio 2009-2010.

### **1.2 Il Disturbo di Personalità Borderline**

Fra i disturbi della personalità quello a più elevata incidenza è quello di tipo borderline (incidenza variabile tra il 30% e il 60% delle popolazioni cliniche con diagnosi di disturbo di personalità).

Le persone affette da un disturbo di personalità borderline (BPD) mostrano in modo costante e pervasivo instabilità e drammaticità nella espressione delle emozioni, in genere accompagnati da:

- disturbi dell'identità: spesso mostrano variazioni repentine dell'immagine di sé con improvvisi cambiamenti di opinioni, progetti di carriera, identità sessuale, valori e aspirazioni;
- disturbi delle relazioni interpersonali, vissute in modo intenso e instabile, in cui si alternano in rapida successione idealizzazione e svalutazione dell'altro;
- disturbi dell'umore: per esempio intensa disforia, irritabilità o ansia episodica che di solito durano poche ore e solo raramente più di pochi giorni;
- disturbi del controllo degli impulsi in ambiti che possono danneggiare la persona: sessualità, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate e in genere comportamenti a rischio; ricorrenti atteggiamenti minacciosi verso altri individui,

comportamenti suicidari o autolesivi; rabbia immotivata, intensa e incontrollata (es. frequenti accessi di ira o rabbia costante, scontri fisici).

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV Edizione Rivisitata (DSM IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), definisce il disturbo di personalità borderline con questi sintomi:

## **CLUSTER B: CRITERI DSM-IV-TR.**

### **CRITERI DIAGNOSTICI DSM-IV TR PER IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ (BPD)**

**A. Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:**

- 1) sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono.**
- 2) un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.**
- 3) alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili**
- 4) impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate**
- 5) ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento**
- 6) instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore**
- 7) sentimenti cronici di vuoto**
- 8) rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia**
- 9) ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.**

Da un punto di vista diagnostico, il BPD pone il problema di avere una considerevole eterogeneità di caratteristiche (Maffei, 2008). Per come sono strutturati i criteri diagnostici sul DSM IV-TR, la combinazione di cinque o più criteri su nove, necessaria per la diagnosi, genera fino a 256 possibili espressioni varianti dello stesso disturbo (Critchfield et al., 2008). Inoltre il BPD mostra una sostanziale sovrapposizione e comorbidità con altri disturbi di personalità e con disturbi dell'Asse I come depressione, ansia, disturbi alimentari, disturbo post traumatico da



stress e abuso di sostanze (McGlashan et al., 2000; Nurnberg et al., 1991; Oldham et al., 1992; Zanarini et al., 1998).

### 1.3 DSM 5: Trattati vs Categorie

Per quanto riguarda la nuova classificazione diagnostica proposta per l'ultima versione (DSM 5), ci sono, rispetto alle versioni precedenti, differenze evidenti rispetto alla diagnosi dei disturbi di personalità. Queste differenze coinvolgono due aspetti.

Il primo riguarda la definizione stessa di disturbo di personalità: attualmente è definito come “un modello pervasivo di esperienza interiore e comportamento che devia dalle norme culturali di una persona, negli aspetti di pensieri, emozioni, relazioni interpersonali e controllo degli impulsi. Questi tratti devianti in una qualsiasi delle aree citate devono essere pervasivi, stabili, presenti almeno a partire dall'adolescenza e non causati da sostanze o da un altro disturbo mentale. Soprattutto, questi modi di pensare, sentire o comportarsi devono essere significativamente stressanti e problematici” (American Psychiatric Association, 2000).

Il secondo aspetto implica la definizione di quale tipo di disturbo di personalità sia presente. Il DSM-IV TR ne elenca attualmente dieci: *paranoico, schizoide, schizotipico, narcisistico, antisociale, borderline, istrionico, dipendente, ossessivo-compulsivo*, oltre a un generico “*non altrimenti specificato*”. Ogni disturbo di personalità ha un certo numero di criteri, pertanto, per essere diagnosticato, è necessario soddisfare una soglia stabilita (almeno n criteri sul totale). I problemi con il sistema classificatorio esistente sono molti, come è noto. In primo luogo i diversi tipi di personalità sono mal definiti, poiché i singoli sintomi sono vaghi, e un altro problema è l'eccessiva sovrapposizione dei criteri: una persona che soddisfa i criteri per un disturbo di personalità, generalmente li soddisfa pure per altri tre o quattro. Infine, come visto, incrociando i diversi criteri necessari alla diagnosi si dà origine ad un eccessivo numero di espressioni varianti del disturbo.

La proposta di revisione discussa sul forum on line del sito internet del DSM 5 appare piuttosto articolata e ha tre aspetti principali. In primo luogo, la definizione di

disturbo di personalità, in generale, è cambiata: si suggerisce che invece di un modello pervasivo di pensiero/emozione/comportamento, un disturbo di personalità rifletta un “**fallimento adattivo**” che determina “alterato senso di identità” o “mancato sviluppo di un efficace funzionamento interpersonale” (DeFife, 2010). Questa nuova definizione appare interessante per almeno due aspetti. Il primo è l’uso del termine “fallimento adattivo”: ogni individuo ha una personalità, che tuttavia non sempre trova la sua “nicchia ecologica” ideale. Pertanto le caratteristiche di personalità diventano disturbanti quando non si riesce ad adattare le proprie caratteristiche personali alle esigenze della vita quotidiana. Il secondo riguarda le descrizioni dettagliate della mancata efficacia del funzionamento interpersonale, che sono abbastanza chiare: problemi con empatia, intimità, cooperatività con gli altri e incapacità di comprendere come sono le altre persone.

Tuttavia ci sono anche alcuni limiti, poiché “alterato senso di identità” non appare comprensibile altrettanto facilmente come la descrizione di un fallimento pervasivo nelle relazioni. La proposta di revisione divide i problemi di identità in: *identità scarsamente integrata*, *limitata integrità del concetto di sé* (ad es. difficoltà ad identificare e descrivere parti di sé) e *bassa auto-direzionalità*. Con quest’ultimo termine si può intendere l’aver problemi nello stabilire e raggiungere obiettivi personali nella vita, avvertendo uno scarso significato della propria esistenza.

Analizzando in dettaglio la classificazione diagnostica proposta, emerge che anziché i vecchi dieci tipi di personalità, il DSM 5 ha semplificato il sistema riducendoli a soli cinque: *antisociale/psicopatico*, *evitante*, *borderline*, *ossessivo-compulsivo e schizotipico*. Ogni tipo viene descritto brevemente in un paragrafo narrativo:

1. I tipi antisociale/psicopatico hanno un senso esagerato di grandiosità e una modalità pervasiva di sfruttamento degli altri.
2. I tipi schizoidi sono inibiti nel formare e mantenere relazioni a causa di timori di umiliazione e di rifiuto.
3. I tipi borderline mostrano intensa emotività, impulsività, sentimenti interni di vuoto e paura di essere rifiutati.
4. I tipi ossessivi-compulsivi sono estremamente concentrati sui dettagli ed eccessivamente ostinati, rigidi e moralistici.

5. Infine, i tipi schizotipici sono caratterizzati da pensieri bizzarri e stati di confusione.

I clinici dovrebbero semplicemente leggere ogni paragrafo di descrizione narrativa e fornire un punteggio su una scala da 1 a 5 in base a quanto ogni paziente corrisponde alla descrizione (con 4 o 5 come soglia per la diagnosi).

Con uno sguardo più ampio, occorre sottolineare ciò che rappresenta una novità assoluta nella stesura del nuovo DSM 5: l'apertura al contributo da parte di molti clinici e studiosi di tutto il mondo, grazie alla rete Internet, con cui è possibile raccogliere e confrontare direttamente tutti gli interventi in modo chiaro, trasparente ed efficace.

#### **1.4 Differenze di genere nell'utilizzo dei trattamenti**

In letteratura esistono scarsi dati sulle differenze di genere nell'utilizzo di trattamenti medici (psichiatrici e farmacologici) o socio-psicoterapeutici, in pazienti con disturbo di personalità borderline (BPD). Le popolazioni cliniche di pazienti con questa diagnosi comprendono una percentuale tra il 66% e il 75% di donne, motivo per cui, a loro volta, i campioni clinici di BPD analizzati nelle ricerche sono composti in larga maggioranza da donne (Swartz et al, 1990; Widiger et al, 1991). Non sorprende dunque che poche ricerche si occupino di differenze di genere nell'utilizzo dei trattamenti. I dati in questo ambito suggeriscono che le difformità tra i sessi nell'espressione del disturbo, come impulsività e rabbia, tendono ad essere attenuate nel disturbo borderline (Johnson et al., 2003) e che, mentre sussistono differenze nei disturbi in comorbidità (come alti tassi di abuso di sostanze negli uomini e di disturbi del comportamento alimentare nelle donne), non ci sono diversità nel livello globale di sofferenza (Zlotnik et al, 2002).

Un recente articolo di Marianne Goodman et al (2010) ha analizzato il tema delle differenze nei trattamenti elaborando un'intervista online, somministrata ai genitori di pazienti con disturbo di personalità borderline, in cui si indagano i tipi di accesso a terapie multiple all'inizio e per tutta la durata della vita. Questo studio ha fornito dei risultati interessanti: probandi maschi e femmine con diagnosi di disturbo borderline

di personalità hanno mostrato aspetti simili nelle cure altamente strutturate, inclusi ricoveri e trattamenti ambulatoriali, ma discordanti per quanto riguarda la riabilitazione da droghe e alcool, che è risultata più frequente nei maschi. Inoltre, è emerso che i pazienti maschi hanno ricevuto globalmente un tasso minore di terapie e cure mediche nell'arco della loro vita. La novità di questa ricerca sta nell'aver indagato gli aspetti dell'utilizzo dei trattamenti durante l'intero arco della vita dei soggetti, e non per la durata limitata di un percorso di psicoterapia come avvenuto invece in altri studi (McCormick et al., 2007), e nell'aver incluso dettagli riguardo alla forma di psicoterapia ambulatoriale e alle categorie di cure mediche, elementi non disponibili altrove in letteratura.

Questi dati sollevano la questione del motivo per cui i borderline maschi, rispetto alle femmine, abbiano ricevuto un livello minore di trattamenti nell'arco della vita, incluse cure farmacologiche (in particolare antidepressivi) e psicoterapie (soprattutto DBT<sup>1</sup>). Tutto ciò è anche interessante dato che, una volta che i pazienti maschi sono entrati in terapia, non sono state rilevate significative differenze di genere nella tipologia delle varie prestazioni mediche e psicoterapiche o nella frequenza del ricorso a cure altamente specializzate (con ricovero, o a regime ambulatoriale o in day-hospital). Di conseguenza, quei dati suggeriscono che esista qualche barriera ad iniziare una psicoterapia o una cura medica per i pazienti BPD maschi.

Possibili spiegazioni per questo dato potrebbero includere: una sottostima dei sintomi borderline nei soggetti maschi, condizioni in comorbidità come disturbi da abuso di sostanze e disturbo antisociale di personalità, o una storia di disturbo della condotta, che sono stati trattati singolarmente o che hanno complicato i referti dei servizi specialistici di psicoterapia, differenziando le relazioni cliniche di interventi particolari basati sul genere, nonostante le indicazioni iniziali per il trattamento non prevedessero differenze di sesso.

---

<sup>1</sup> Terapia Dialettico-Comportamentale (Linehan, 1993)

## 2. MATERIALI E METODI

La Comunità Terapeutica Villa Ratti di Monticello Brianza (LC) nel biennio analizzato (2009-2010) ha accolto in totale **62 ospiti** (27 uomini e 35 donne), di età compresa fra i 18 e 35 anni (anche se nel nostro campione sono presenti soggetti con un'età >35, e questa eccezione viene accolta solo in “situazioni debitamente motivate dal punto di vista clinico”, come recita la Carta dei Servizi), tutti inviati dai Centri Psicosociali dei loro Comuni di residenza. I soggetti studiati sono di entrambi i sessi ma in prevalenza donne: questo dato conferma i dati della letteratura scientifica precedentemente presi in esame, in cui è stato osservato che il disturbo borderline tende a essere diagnosticato prevalentemente nei soggetti femminili (Goodman et al., 2010).

Per quanto riguarda invece la struttura, come si legge dalla **Carta dei Servizi** (CRTSRV, Edizione 4, Novembre 2011) disponibile sul sito internet <http://www.ilvolo.com>:

“Villa Ratti è una Comunità Riabilitativa Residenziale a Media assistenza (CRM) e ad alta intensità riabilitativa, che intende garantire a persone con disturbo di personalità, in particolare di tipo borderline, un intervento terapeutico-riabilitativo intensivo, integrato e specialistico, in un ambiente protetto e accogliente.

La Comunità Terapeutica è una struttura residenziale dove, agli ospiti che vi risiedono, è garantita l'assistenza 24 ore su 24. È stata accreditata dalla Regione Lombardia con delibera n. VII/21481 in data 6 maggio 2005 e dal dicembre 2007 è stata riqualificata come CRM sperimentale con contratto con la Regione Lombardia, dal 1 aprile 2009, per 20 posti letto.

La Comunità Villa Ratti ospita soggetti che presentino una condizione di disagio psico-sociale riconducibile alla sfera clinica dei disturbi di personalità, e sono esclusi soggetti con:

- Diagnosi di schizofrenia o altri disturbi cronici;
- Presenza di disturbi, in atto o in remissione anche parziale, di grave dipendenza da alcol e/o da sostanze psico-attive;
- Marcati deficit intellettivi o gravi alterazioni delle funzioni cognitive;
- Situazioni di disturbo in fase acuta che necessitano d'interventi urgenti (es. Trattamenti Sanitari Obbligatori)”.

## 2.1 Riabilitazione e disturbi di personalità in residenzialità terapeutica

Nel contesto sanitario italiano attuale si sta sviluppando la tendenza a delineare *percorsi terapeutici residenziali specifici* per tipologia di ospiti, differenziati sulla base di problemi connessi sia al tipo di funzionamento (sofferenza psicotica o borderline ecc..) sia a momenti diversi di sviluppo (minori e adolescenti) nell'ottica di poter individuare aspetti di metodo che meglio rispondano alle modalità di funzionamento psicologico e di predisporre quindi condizioni organizzative e terapeutiche su misura (Ferruta, Foresti, Vigorelli, 2012).

In questa nuova ottica, la Comunità residenziale Villa Ratti è sorta per rispondere ai bisogni terapeutico-riabilitativi specifici di ospiti caratterizzati da disturbi di personalità, in particolare borderline, prendendo in considerazione tutti gli elementi che fanno parte della vita del paziente, sia dal punto di vista individuale, sia come soggetto inserito in un particolare contesto: casa, famiglia, lavoro. L'intervento riabilitativo si svolge quindi secondo due strategie fondamentali:

- Sviluppo delle risorse e delle abilità del soggetto, a partire dall'identificazione dei suoi bisogni;
- Sviluppo delle risorse e delle abilità dell'ambiente in una direzione che amplifichi e rinforzi l'intervento operato sull'individuo.

Per quanto riguarda i **presupposti teorici** e gli **obiettivi dell'intervento** di Villa Ratti, è opportuno citare innanzitutto l'idea fondante di **riabilitazione**, come riportato durante il Convegno dell'Associazione Mito & Realtà (Rezzonico, Bisanti, 2007): “il cardine della riabilitazione è l'allenamento: la persona deve sperimentare se stessa in nuovi ruoli diversi da quello di “malato mentale”; per questo occorre eliminare quei contesti che inducono la persona a comportarsi da malato e introdurre contesti di apprendimento. Un contesto di apprendimento permette il confronto con le norme tipiche dei contesti sociali e professionali che sono l'obiettivo della riabilitazione” (Rezzonico & Meier, 1995; Meier, 1995; Meier & Rezzonico, 1994). Inoltre, nella Carta dei Servizi è dichiarato quanto segue:

“l’evidenza scientifica nell’ambito dei Disturbi di Personalità mostra come un intervento precoce e qualificato è in grado in molti casi di orientare l’evoluzione in senso favorevole per l’individuo, per la sua famiglia e per la società, riuscendo a reintegrare nell’area sociale e lavorativa persone altrimenti a rischio di morte, di più gravi patologie mentali e marginalizzazione sociale. In particolare, sembra evidente che un intervento tecnico specialistico mirato, che prevede un periodo di trattamento intensivo, è in grado di orientare in modo efficace il recupero di una buona qualità di vita.

L’intervento terapeutico riabilitativo comunitario di Villa Ratti è quindi parte integrante di un più ampio progetto di presa in carico territoriale che va condiviso con l’ospite, la famiglia e l’inviante, in particolar modo con il Dipartimento di Salute Mentale di residenza.

[...]

L’approccio terapeutico si basa sull’integrazione dell’orientamento cognitivo-comportamentale con quello sistemico-familiare, applicati in ambito residenziale.

Fa esplicito riferimento:

- All’esperienza maturata da Carlo Perris in Svezia nell’applicazione della terapia cognitivo-comportamentale in ambito comunitario (Perris, 1996);
- All’esperienza svizzera del Centro Al Dragonato (Bellinzona) fondato da Giorgio Rezzonico e Christine Meier (Rezzonico, Meier, 1987);
- A quella della Terapia Dialettico-Comportamentale di Marsha Linehan negli Stati Uniti (Linehan, 1993)
- Alle linee guida delle più accreditate Società Scientifiche (American Psychiatric Association) basate sulla scelta di trattamenti *evidence-based*.

L’**obiettivo** generale del Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR) consiste nell’aiutare l’ospite a sviluppare una adeguata autonomia personale, relazionale e sociale.”

## **2.2 Approccio terapeutico di trattamento di Villa Ratti: modello cognitivo costruttivista del disturbo di personalità borderline**

Secondo la prospettiva cognitivista, la classificazione prevista dall’attuale DSM IV TR è insufficiente a tenere conto dell’estrema eterogeneità di diversi disturbi riuniti sotto la stessa categoria nosografica (Rezzonico, Bisanti, 2005). Perciò

L'insoddisfazione per questo modello ha indotto a ricondurre queste manifestazioni cliniche a modalità non flessibili di funzionamento di alcune delle cosiddette *Organizzazioni Cognitive di Personalità* (od *Organizzazioni di Significato Personale*). Questo costrutto è stato introdotto da Vittorio F. Guidano dalla fine degli anni '80, nel testo "La complessità del Sé" (1988), in cui viene definito come la "specifica organizzazione dei processi conoscitivi personali che prende forma gradualmente nel corso dello sviluppo individuale, grazie alla quale, ognuno di noi, pur vivendo in una realtà sociale oggettivamente condivisibile, costruisce attivamente il suo punto di vista dall'interno, assolutamente unico ed esclusivamente soggettivo". Nel Disturbo di Personalità Borderline prevalgono aspetti che rimandano all'organizzazione tipo "**disturbo alimentare psicogeno**" (DAP), per quanto riguarda le dimensioni, individuate da Guidano, di *outwardness* ("mettersi a fuoco dall'esterno"), *field dependence* (termine già presente in letteratura, che indica la tendenza a regolare le relazioni interpersonali basandosi sull'atteggiamento che gli altri manifestano di volta in volta) e *sincronia*, costrutto proposto da Gherardo Mannino nel 2005, che si riferisce alla percezione unitaria dell'esperienza solo a partire dalla sua continuità:

"i soggetti con attitudine sincronica appaiono poco turbati dal cambiamento in quanto tale e sono caratterizzati dalla necessità di ricavare una percezione il più possibile unitaria della propria esperienza. In particolare mettono in atto, a livello procedurale, una sorta di "disattenzione selettiva" nei confronti di quegli elementi potenzialmente in grado di minacciare l'avvertita unitarietà del campo esperienziale. In questo modo un soggetto con Organizzazione tipo Disturbi Alimentari Psicogeni potrebbe mantenere periferici quegli ingredienti che, se letti, rischierebbero di cambiare ai suoi occhi in modo irreversibile l'immagine di una persona fino ad allora significativa o suscitargli un senso di confusione in generale a riguardo di ciò che avverte." (Mannino, 2005)

Tuttavia il disturbo di personalità borderline non è riconducibile solo all'organizzazione di significato personale tipo DAP, in quanto sono presenti anche alcune difficoltà nella gestione delle emozioni, tipiche di altre organizzazioni (Rezzonico, Bisanti, 2005).

Proseguendo nell'ambito cognitivo costruttivista, gli apporti teorici e metodologici



sui disturbi di personalità sono numerosi, e si rifanno ai contributi di altri importanti studiosi. Per esempio Carlo Perris nel 1993 fonda il concetto di “*paziente difficile*”, invece che “*paziente con disturbo di personalità*” più o meno grave, focalizzando l’attenzione su aspetti comportamentali e relazionali, per cui queste persone non sono “difficili” di per sé, ma mettono in atto alcuni atteggiamenti che sfidano la tenuta della relazione terapeutica, diventando “difficili” per chi di volta in volta si occupa di loro. Queste problematiche nel funzionamento sociale sono intese come un fallimento in termini di adattamento, che si esprime, nel caso dei soggetti con disturbo borderline, in relazioni caotiche e instabili.

Un altro contributo importante che continua in questa direzione è quello di Dimaggio e Semerari (2003), che presentano un modello più focalizzato sul “qui e ora” e meno sull’origine evolutiva dei sintomi: i disturbi di personalità sono considerati sistemi che si auto-organizzano e mantengono la patologia nel momento presente, tramite delle dinamiche precise. Gli elementi maggiori che caratterizzano i disturbi sono i seguenti:

1. un insieme rigido di stati mentali, disfunzionali nei termini di adattamento;
2. deficit nella capacità di *mentalizzazione*, ossia nel riconoscere stati mentali altrui;
3. *cicli interpersonali disfunzionali*, che compromettono le relazioni facendo in modo che l’altro si comporti in maniera corrispondente allo schema di relazione interpersonale negativa messo in atto, così da confermarlo;
4. disfunzioni nei processi di valutazione e scelta;
5. difficoltà nella regolazione dell’autostima.

In ogni caso, al di là di ogni modello, quello che emerge come elemento di maggiore rilevanza nella caratterizzazione di questo disturbo è la forte **instabilità e rigidità** nelle relazioni interpersonali, nella rappresentazioni di sé e a livello emotivo.

### 2.3 Attività di Villa Ratti

Le informazioni riguardanti l'organizzazione della Comunità Terapeutica Villa Ratti, descritte nel seguente paragrafo, sono tratte sempre dalla **Carta dei Servizi** citata precedentemente, poiché non è stato possibile assistere di persona agli interventi svolti dagli ospiti.

L'**ammissione dei pazienti** avviene su richiesta di servizi psichiatrici del territorio, pubblici e privati, che hanno in carico i soggetti, e a seguito della valutazione positiva da parte della comunità. Il percorso di accesso a Villa Ratti ha inizio con i primi contatti con l'inviante, l'ospite e i suoi familiari, a cui viene fatta visitare fisicamente la struttura. Questa è una fase molto importante ai fini della definizione degli obiettivi del Progetto Terapeutico-Riabilitativo. Se alla fine dell'iter non fosse ravvisata un'idoneità all'inserimento in Comunità, il Responsabile Ingressi, in accordo con la Direzione, effettua una restituzione all'ospite, agli invianti e ai familiari, offrendo indicazioni per percorsi di intervento alternativi sulla base di quanto emerso nel corso della valutazione.

Il **Progetto terapeutico-riabilitativo (PTR)**, nucleo dell'intervento, è individualizzato in base alle esigenze e alle caratteristiche di ogni utente, integra, come visto, diversi approcci teorici ed è flessibile e a termine, per evitare l'istituzionalizzazione degli ospiti. Il percorso terapeutico è coordinato dalla figura del Care Manager e co-costruito insieme all'ospite, agli invianti, e ai familiari, ed è parte integrante di un più ampio progetto di presa in carico territoriale la cui titolarità è dell'inviante.

La **durata** del PTR varia in funzione della condizione psicologica e sociale dell'ospite e degli obiettivi che sono stabiliti con lo stesso e con l'inviante. In ogni caso è prevista di norma una **durata minima di 18 mesi e massima di 24 mesi**, anche se nel campione di questo studio tale condizione non è sempre rispettata perché molti pazienti sono presenti per un periodo minore, anche escludendo i casi che rimangono solo alcuni giorni (quelli con meno di 40 interventi, ossia con un periodo di permanenza inferiore alle 2-3 settimane, come vedremo più avanti).

Con l'ingresso dell'ospite in Comunità ha avvio la fase di **assessment**, che si conclude entro il **primo mese** d'osservazione e interazione con l'ospite. Obiettivo

principale è la prima sperimentazione della vita comunitaria e la rilevazione delle risorse e difficoltà che possono emergere. Inoltre durante questo periodo si procede con la somministrazione della **batteria psicodiagnostica**, con l'impostazione e controllo dell'eventuale terapia psico-farmacologica.

Tutti questi elementi consentono, *entro la fine del primo mese*, di definire gli obiettivi del PTR che viene concordato con i servizi psichiatrici invianti. Durante questa fase viene anche definito l'inserimento nei *gruppi terapeutici* e soprattutto il programma di alcune *attività riabilitative* in cui l'ospite viene inserito.

Alcune attività, in particolar modo quelle di gruppo e di partecipazione alla gestione della comunità (ad esempio, come vedremo in seguito, l'intervento codificato come "gruppo casa"), prevedono l'adesione di tutti gli ospiti in tutto il periodo di permanenza a Villa Ratti. Altri interventi, come per esempio quelli di supporto al (re)inserimento scolastico o lavorativo, sono necessariamente più individualizzati e possono variare in funzione del percorso comunitario.

Il PTR, **discusso e rivalutato con scadenza trimestrale** all'interno della Riunione d'équipe, si evolve progressivamente da una situazione iniziale di contenimento e di tutela dell'ospite, in cui prevalgono attività ed interventi all'interno della struttura, ad una situazione di progressiva esplorazione e sperimentazione di contesti ed ambiti esterni, nel tempo libero, nel lavoro, nella scuola, ecc. In questa prospettiva vengono programmati permessi di rientro in famiglia o di soggiorno presso amici e/o altre persone significative.

Nel PTR vengono differenziati obiettivi: *di contesto, terapeutici e riabilitativi*.

- 1 Gli *obiettivi di contesto* si riferiscono alle caratteristiche della struttura comunitaria che si propone come ambiente tranquillo e protettivo, una "base sicura" - *alla Bowlby (1989)*.
- 2 Gli *obiettivi terapeutici* si riferiscono all'acquisizione delle funzioni cognitive e delle capacità di autoregolazione emotiva tali da favorire nell'ospite lo strutturarsi di un'identità sufficientemente valida, coesa e di capacità relazionali adeguate al contesto. Le attività volte a questo fine comprendono:
  - **psicoterapia individuale**: condotta da esperti di scuola cognitivo-costruttivista (psicologi psicoterapeuti e medici/psichiatri psicoterapeuti), prevede una seduta settimanale ed ha un primo

obiettivo di offrire all'ospite, all'interno di una *relazione significativa e durevole*, uno spazio di riflessione sulle difficoltà incontrate nelle diverse fasi del percorso (motivazioni sottostanti, significati, rappresentazioni legate alle difficoltà, decostruzione di eventuali rappresentazioni non funzionali), di validazione dei risultati raggiunti e delle eventuali risorse dell'ospite emerse nel corso della sperimentazione all'interno e all'esterno della comunità. In questa cornice si iscrive, come obiettivo primario, il dare al/la paziente la possibilità di sperimentare ed apprendere nuove modalità di gestione di situazioni di crisi legate alla disregolazione emotiva;

- **psicoterapia di gruppo (gruppo relazionale)**: a cadenza settimanale, è condotta da uno psicoterapeuta esperto in psicoterapia di gruppo, ed è centrato sull'analisi di quanto accaduto nella settimana, come episodi o interazioni significative avvenute tra gli ospiti, sia nel gruppo dei pari, sia con gli operatori, sia con altre figure significative esterne;
- **gruppo psicoeducativo** ispirato alla terapia dialettico-comportamentale di Marsha Linehan (1993): ha cadenza anch'esso settimanale, ed è finalizzato a sviluppare nei partecipanti abilità di auto-osservazione, analisi e gestione delle situazioni problematiche, a partire dall'identificazione e gestione delle situazioni di crisi emotiva;
- **attività di supporto ai familiari degli ospiti**, condotte da una terapeuta di orientamento sistemico esperta in terapia familiare: si dividono in *consultazioni familiari* e *gruppi multifamiliari*. Questi ultimi sono strutturati a cadenza mensile e sono aperti non solo ai familiari ma a tutti coloro che svolgono un ruolo significativo nei confronti del/la paziente, e hanno l'obiettivo di condividere e affrontare in modo correttivo e funzionale situazioni di sofferenza, difficoltà e incapacità a gestire la propria situazione emotiva.

3 Gli *obiettivi riabilitativi* riguardano l'acquisizione di una maggiore autonomia personale, nelle scelte professionali o scolastiche, nella gestione dei propri interessi, ecc. Alcuni esempi di attività riabilitative sono i

laboratori di arte ed attività espressive, informatica (grafica e design), ortofloro-vivaismo, e cucina. Queste attività si svolgono durante l'arco della giornata e permettono agli ospiti di sperimentare un modello di vita che rispecchi quanto più possibile la vita al di fuori della Comunità. Per questi interventi è prevista, oltre alla presenza di un operatore della comunità, anche la presenza di un maestro di laboratorio (ad esempio per il laboratorio di informatica).

L'ultimo asse di intervento infine riguarda le **attività quotidiane** di gestione della struttura, che sono finalizzate all'acquisizione sia delle abilità basiche di autonomia personale (igiene, pulizia, cura del sé, ecc.) che delle funzioni di autoregolazione emotiva e comportamentale attraverso la relazione con l'altro, il rispetto delle regole, la scansione dei tempi e dei ritmi, la capacità di coordinarsi e di cooperare per uno scopo condiviso ecc. In questo senso, l'intervento precedentemente citato, *gruppo casa*, si inserisce sia in questo contesto *quotidiano*, sia nelle attività *riabilitative*, pur non essendo strettamente un vero e proprio "laboratorio" (per i dettagli vedere capitolo "statistiche descrittive"). Ad ogni modo, l'**organizzazione della giornata** è scandita nel seguente modo: sveglia e colazione; dopo la colazione e prima delle attività del mattino, riunione organizzativa delle attività giornaliere; nel pomeriggio laboratori di riabilitazione e attività per la cura degli ambienti personali e comunitari; al termine delle attività pomeridiane e prima della cena, riunione operativa come momento di scambio di comunicazioni; prima e dopo cena spazi per il tempo libero al termine dei laboratori; i giorni festivi sono dedicati al ricevimento di visite o alle uscite con parenti/amici, in modo concordato rispetto al PTR (e questo, come vedremo, ha una conseguenza sui dati in termini di salti di giorni o di interi mesi).

Tornando alla descrizione del personale, l'**équipe** di lavoro di Villa Ratti è **interdisciplinare**, essendo composta da tutte le diverse figure professionali appena citate: medici, psicologi e psicoterapeuti, educatori, maestri di laboratorio, e anche infermieri. "Un soddisfacente funzionamento dell'équipe di lavoro è sempre frutto di un lungo processo di scambio e di condivisione di conoscenza professionale e personale, di un graduale passaggio da équipe come raggruppamento d'individui e di professionalità, a équipe come gruppo di lavoro in senso pieno. Dunque, una

professionalità di gruppo intesa non tanto come somma delle singole professionalità ma come qualcosa di maturato nell'esperienza comune: le singole professionalità dovrebbero essere il risultato della professionalità di gruppo. Laddove si realizzino tali condizioni, l'équipe di lavoro diviene un sistema conoscitivo complesso frutto dell'equilibrata integrazione dei sistemi conoscitivi dei singoli operatori, dotato di una sua auto – organizzazione e di una sua propria coerenza interna, quindi di un suo senso di unicità e di comunità” (Lambruschi, Rezzonico, 1995). Le diverse figure professionali cercano di interagire attraverso un modello organizzativo di tipo interdisciplinare appunto, che opera per raggiungere l'integrazione degli interventi. Questa modalità di lavoro prevede una condivisione di uno scopo comune, definito in termini chiari e precisi. Le diverse figure professionali collaborano insieme al fine di stabilire le diverse modalità con cui sarà attuato l'obiettivo. Il vantaggio di questo tipo di équipe sta nel fatto che riesce ad attivare differenti competenze professionali in ciascun operatore, in modo da poter affrontare meglio la complessità della psicopatologia degli ospiti. “Il lavoro interdisciplinare rende necessario tanto il privilegiare le attitudini alla flessibilità quanto l'aprirsi al confronto con gli altri. Questo significa abbandonare posizioni difensive caratterizzate dalle assunzioni di rigidi atteggiamenti legati al ruolo. La relativa perdita in termini di sicurezza è però controbilanciata dal fatto che, nella condivisione di scopi e modelli, è possibile per l'operatore trovare gli stimoli necessari per la messa in atto di comportamenti cooperativi e creativi” (Rezzonico, Ruberti e Bisanti, 1999). Lo strumento principale utilizzato dall'équipe per la gestione della comunità è la **riunione d'équipe** che si tiene una volta a settimana. Le riunioni sono un momento importante in cui si discute dell'andamento dei percorsi terapeutico-riabilitativi dei vari ospiti svolti nel corso della settimana, e si pianificano nuove attività che faranno parte del percorso di cura. In dettaglio, a livello dei **servizi** offerti, agli ospiti è garantita l'assistenza nell'arco delle 24 ore con la presenza di almeno due operatori nel turno di notte, di cui uno è infermiere professionale. Il *medico psichiatra* è presente in comunità per l'assistenza clinica “di base”, ossia per colloqui individuali e terapie psico-farmacologiche, per almeno 4 ore giornaliere dal lunedì al venerdì, più 2 ore di pronta disponibilità, e il sabato e domenica per 6 ore di pronta disponibilità. L'assistenza medica generale invece è effettuata da un *medico di base* del territorio, presente in comunità per le

visite di controllo periodiche.

Oltre ai medici, e agli *educatori* e *psicologi* che attuano i processi riabilitativi descritti precedentemente, sono garantite tutte quelle attività di assistenza e di supporto (accompagnamento, colloqui con professionisti e/o servizi esterni, “mediazione” sociale, ecc.) volte a facilitare l’utilizzo dei *servizi sociali*, l’integrazione col territorio e il reinserimento, laddove è possibile, anche con l’attivazione e l’intervento di *volontari* adeguatamente formati e supportati.

L’obiettivo finale del Progetto Terapeutico Riabilitativo di Villa Ratti è il **reinserimento** dell’ospite nella famiglia e nel contesto di origine. In questa fase conclusiva si intende indirizzare il soggetto verso un contesto di vita più autonomo e diverso da quello esistente al momento dell’ingresso. Le modalità di reinserimento e dimissione avvengono sulla base di quanto stabilito con l’ospite, con gli invianti e con la famiglia e si pongono come obiettivo concreto quello di predisporre e attivare, nel territorio d’appartenenza, le opportune risorse di supporto che operino in coerenza con il programma. Nello specifico, il reinserimento può avvenire in diverse forme: dal tirocinio lavorativo, al lavoro “protetto” sino ad una collocazione effettiva, oppure può virare verso la ripresa di un percorso di studi interrotto a causa dell’insorgere dei sintomi del disturbo di personalità. Di norma, l’inserimento lavorativo dell’ospite fa parte del Piano Terapeutico individuale condiviso con l’inviantente, all’interno del quale la Comunità garantisce alcuni interventi di supporto, come i colloqui col datore di lavoro, gli incontri di verifica, l’accompagnamento ecc. Gli ambiti lavorativi in cui gli ospiti possono inserirsi, tramite apposite convenzioni tra Comunità ed enti esterni, sono *progetti catering* (il servizio “Vol-Au-Vent” effettua interventi a matrimoni, prepara rinfreschi a convegni e battesimi, e fino a Giugno 2012 ha consentito la sperimentazione lavorativa a circa 20 ragazzi), *imprese di pulizia, cura e manutenzione del verde* (convenzione per la manutenzione del “Parco Vivo” di Casatenovo, LC, a cui lavoravano 8 ospiti nel Giugno 2012). Recentemente (21 Maggio 2012) è stata aperta anche la **Trattoria del Volo** ([www.trattoriadelvolo.it](http://www.trattoriadelvolo.it)) a cui lavorano, insieme ad un cuoco e una responsabile di sala professionisti, 5 ospiti di Villa Ratti in una fase avanzata del proprio percorso riabilitativo, i quali si stanno sperimentando in un’importante attività lavorativa che li preparerà a gestire le routine quotidiane all’esterno, connesse anche agli impegni

lavorativi.

Inoltre, i quadri degli ospiti realizzati durante i laboratori artistici sono venduti periodicamente in apposite aste pubbliche, durante una rassegna intitolata “Scusate il Disturbo”.

Un altro momento molto importante nella vita della struttura sono le **Assemblee di Comunità**, a cadenza *bimensile*, a cui partecipano tutti coloro che vivono la realtà di Villa Ratti: ospiti e operatori. Obiettivo è la verifica dell’andamento della Comunità al fine di valutare i punti di forza e le migliorie da apportare al suo funzionamento. A seconda del tema possono essere invitate anche persone esterne. L’Assemblea è co-gestita dal Direttore della Comunità (Dr.sa Rita Bisanti) insieme a un ospite, e al Coordinatore della Quotidianità. Prima dell’Assemblea viene preparato un ordine del giorno su tematiche rilevanti segnalate da ospiti e operatori.

Al termine del percorso di cura è prevista una **valutazione degli esiti** del trattamento svolto in Comunità, tramite appositi progetti di ricerca dal Centro Studi “Carlo Perris”. Uno dei compiti prioritari del Centro Studi è l’analisi e la verifica del complesso di attività terapeutico-riabilitative realizzate dalla Cooperativa “Il Volo” Onlus nella Comunità Villa Ratti. Una delle metodologie della valutazione prevede un **monitoraggio** sistematico dell’andamento del percorso terapeutico degli ospiti e del loro **reinserimento** sociale, lavorativo e familiare: a tal fine la **batteria psicodiagnostica** impiegata nella fase di assessment del primo mese di permanenza, viene risomministrata a tutti gli ospiti nell’ultima settimana prima della dimissione, e 6 mesi dopo viene somministrata l’**intervista sul cambiamento**, mentre sono previsti **3 colloqui di follow up** a 3, 9 e 18 mesi dalle dimissioni. A questo progetto collabora la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Milano Bicocca, Cattedra di Psicologia Clinica, al fine di analizzare la riproducibilità e l’efficacia del modello di intervento. Tuttavia, ai fini di questo studio, non ci sono dati disponibili riguardo agli esiti degli ospiti ricoverati presso la Comunità.

Per concludere, in estrema sintesi il percorso nella Comunità Villa Ratti si può riassumere in queste 4 fasi:

1. **Osservazione**
2. **Raggiungimento e consolidamento delle abilità di base**
3. **Incremento e sviluppo delle competenze**



#### **4. Autonomia/responsabilità.**

##### **2.3 Strumenti**

Per effettuare una “mappatura” delle attività condotte nella comunità terapeutica Villa Ratti, sono stati raccolti i dati di tutti gli interventi svolti nel biennio 2009-2010. Successivamente, tramite il software statistico IBM SPSS Statistics 19, è stata analizzata la distribuzione dei punteggi del questionario Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2), somministrato ai pazienti al momento del ricovero in Comunità, per controllare la loro relazione con le percentuali di interventi svolti.

### **3. IL MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2 (MMPI-2)**

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) è uno dei test più diffusi per valutare le principali caratteristiche della personalità, ed è utilizzato sia in ambito psicologico che psichiatrico.

La prima pubblicazione del test avviene nel 1942 ed è curata dall'Ospedale dell'Università del Minnesota, da cui prende il nome. Gli autori di questa prima edizione sono lo psicologo Starke R. Hathaway e il neuropsichiatra J. C. McKinley. Il test MMPI nasce dall'esigenza dei due autori di avere a disposizione un test pratico ed efficace per elaborare diagnosi psichiatriche e per determinare la gravità del disturbo psicopatologico. Per la costruzione del test i due autori hanno utilizzato un tipo di valutazione empirica: hanno prima elaborato circa mille affermazioni che poi, in un secondo momento, hanno presentato ad alcuni pazienti (ipocondriaci, depressi, isterici, paranoici, etc.) dell'Ospedale dell'Università del Minnesota e a soggetti appartenenti alla popolazione generale (visitatori, parenti o amici dei pazienti). Delle affermazioni iniziali sono state selezionate quelle che erano in grado di discriminare il gruppo dei "normali" dal gruppo dei "patologici". La prima versione del test consta di 566 item che compongono 4 scale di validità e 10 scale di base.

Dopo quasi cinquant'anni di studi e ricerche, durante i quali sono state sviluppate molte decine di scale supplementari, nel 1990 viene presentata la nuova versione del test, denominata MMPI-2 (Hathaway, McKinley, Butcher, 1990). Hathaway e McKinley hanno presentato 504 item a 9 gruppi di pazienti, uno per ciascuna categoria diagnostica. A partire da questo pool originario, sono stati selezionati gli item sulla base della loro capacità di differenziare tra gli individui che appartengono a ciascuno specifico gruppo clinico da un gruppo di controllo (individui senza diagnosi cliniche). L'MMPI-2 è composto da 567 item a cui il candidato deve rispondere vero o falso a seconda che l'affermazione sia per lui prevalentemente vera o prevalentemente falsa. Il tempo impiegato mediamente per rispondere agli item va dai 60 ai 90 minuti. La versione italiana dell'MMPI-2 è stata curata da Paolo Pancheri e Saulo Sirigatti ed è stata rilasciata dalle Organizzazioni Speciali di Firenze nel 1995. Il campione utilizzato per la standardizzazione italiana – avvenuta

sempre nel 1995 – è stato di 1375 soggetti (403 maschi e 972 femmine).

### 3.1 Struttura dell'MMPI-2

Le aree di indagine coperte dalle domande del questionario sono suddivise in tre raggruppamenti:

1. Scale di Base
2. Scale Supplementari
3. Scale di Contenuto

Le scale utilizzate in questo studio sono quelle di **base**, perciò non verranno descritte le altre.

Tra le scale di base, quelle cosiddette **di controllo** hanno lo scopo di valutare in quale misura il candidato ha compilato il questionario con sincerità e accuratezza. Le scale di controllo sono:

- **L**: la scala L (Lie, **Menzogna**) è riferita ad alcune domande i cui comportamenti illustrati per la quasi totalità delle persone sono veri o falsi; la situazione rappresentata è difficilmente reale, ma ideale. Per un fattore di **desiderabilità sociale**, ossia per essere giudicati più positivamente, si preferisce quindi falsificare la risposta e fornire un'**autorappresentazione idealizzata**. Tuttavia occorre specificare che, “sebbene questa scala possa indicare la tendenza a mentire *nel compilare il test*, **non** può essere considerata una misura della tendenza generale a mentire, falsificare o ingannare gli altri nella vita quotidiana. Questa scala serve piuttosto come indice della probabilità che un determinato protocollo sia stato alterato a causa di un particolare stile di risposta” (Pancheri, Sirigatti, 2008). Individui che vogliono presentarsi in una luce favorevole non sono disposti ad ammettere piccoli limiti in loro stessi e ottengono punteggi elevati sulla scala L. Il numero di item a cui è data una risposta positiva in media nel campione normativo è di circa 3. Individui con un grado di educazione più elevato ottengono punteggi più bassi sulla scala L. Individui con meno di 50 punti T sulla scala L tendono a rispondere onestamente, hanno fiducia in se stessi e sono in grado di ammettere i propri limiti. Tendono ad essere rilassati,

socialmente capaci e responsabili, indipendenti. Invece punteggi molto bassi sulla scala L possono indicare un atteggiamento non onesto nei confronti del test da parte del rispondente. Tale interpretazione viene rafforzata se si accompagna a punteggi bassi sulla scala K e punteggi alti sulla scala F (Caudek, 2009).

- **F:** la scala F (Frequency, **Frequenza**) indica la possibilità di esagerazione dei sintomi, che può essere dovuta a risposte casuali, simulazioni di malattia o desiderio di accudimento e attenzioni speciali proprio per via del proprio malessere. Inoltre indica il momento da cui si inizia a dare risposte senza attenzione alle domande o per stanchezza o per scarso interesse. Nel mmpi-2 la scala è composta da 60 dei 64 item originali: sono stati eliminati 4 item che avevano un contenuto “discutibile” (Pancheri, Sirigatti, 2008). Poiché ad ogni item di questa scala era stata data risposta nella direzione significativa da non più del 10% dei soggetti del gruppo normativo originale, è improbabile che un soggetto che risponda al questionario con un’attenzione normale e una normale capacità di comprensione, ottenga un punteggio grezzo superiore a 5 o 6, o un T di 55 o più elevato (ibidem). Valori T maggiori di 100 sulla scala F indicano la possibilità che i risultati del test non siano validi, e nei pazienti psichiatrici suggeriscono psicopatologie gravi. Valori T alti sulla scala F infatti “sono osservati in individui che stanno attraversando una crisi emotiva (ansia, depressione), hanno difficoltà nel sonno, hanno difficoltà ad affrontare i problemi della vita quotidiana, sentono di avere fallito, sono pessimisti relativamente al futuro, hanno pochi amici, sono frustrati, poco motivati, insicuri, introversi, ostili, sospettosi, pieni di risentimento...” (Caudek, 2009).
- **K:** la scala K (Correction, **Correzione**) indica un atteggiamento di difesa nei confronti del questionario oppure una tendenza a non far trasparire alcuni problemi a se stessi o ai familiari. Di conseguenza, punteggi elevati a questa scala possono riflettere la tendenza a distorcere, in maniera velata, le proprie risposte così da minimizzare le implicazioni di uno scarso controllo emozionale e di una personale inefficienza (Pancheri, Sirigatti, 2008). È tuttavia importante osservare che soggetti con un buon adattamento e stabilità emozionale spesso si descrivono sostanzialmente con gli stessi termini: la

loro vita è ben organizzata, proprio come la presentano in questa scala. È perciò di estrema importanza che una particolare elevazione alla scala K sia valutata insieme ad altre informazioni relative al soggetto: dati anamnestici e notizie sulla situazione attuale sono necessari per distinguere tra un soggetto ben adattato e psicologicamente sano, e un soggetto che assume un atteggiamento sfuggente ed eccessivamente difensivo nei confronti del test. Nel caso di punteggi **T>65 (alti)** su questa scala, si può essere di fronte ad individui che possono avere risposto “falso” alla maggior parte degli item del test, e che possono avere tentato di falsificare le loro risposte allo scopo di presentarsi in una luce più favorevole. I soggetti con punti **T tra 56 e 65 (moderati)** possono essere individui che hanno risposto al test in maniera difensiva, che tentano di dare l'impressione di controllo, di adeguatezza, di efficacia, “sono timidi e inibiti, sono socialmente titubanti, sono intolleranti nei confronti delle opinioni degli altri. Se le scale cliniche sono anche elevate, possono essere seriamente disturbati, se non dimostrano particolari problemi, possono manifestare una forza interiore e caratteristiche psicologiche positive e superiori alla media” (Caudek, 2009). Valori T sulla scala K nella gamma **40 – 55 (modali)** sono trovati in individui che dimostrano un equilibrio tra autovalutazione positiva e auto-critica. Tali individui non dimostrano disturbi emotivi, sono indipendenti, capaci di affrontare i problemi della vita quotidiana, tendono ad avere alte abilità intellettuali e molti interessi. In contesti sociali sono ben inseriti, dimostrano un atteggiamento positivo e sono verbalmente fluenti. Punti **T<40 (bassi)** si trovano in “individui che potrebbero avere risposto “vero” alla maggior parte degli item, che possono avere tentato di falsificare le proprie risposte, possono esagerare i loro problemi, sono eccessivamente critici nei loro confronti, hanno problemi ad affrontare le difficoltà della vita quotidiana, dimostrano di avere poca comprensione delle loro motivazioni, sono eccessivamente compiacenti nei confronti dell'autorità, sono inibiti, sospettosi...” (Caudek, 2009).

Le scale **cliniche** di base invece hanno lo scopo di valutare le dimensioni più significative della personalità del candidato. Esse sono basicamente le stesse di

quelle che formavano il test originario, con qualche piccolo intervento “modernizzatore”, e sono numerate con una cifra che va da 1 (Isteria) a 9 (Ipomania), e 0 per Introversione Sociale. Sono state sviluppate per misurare le nove categorie diagnostiche più comuni negli ospedali psichiatrici al tempo in cui l’MMPI venne sviluppato. Sono state costruite utilizzando l’approccio, all’epoca nuovo, dell’*empirical o criterion keying*: un item veniva incluso in una scala clinica se gli individui diagnosticati con la patologia che quella scala intendeva misurare sostenevano (“endorsed”) l’item in questione (Caudek, 2010). A ciascuna delle nove scale è stato assegnato il nome del gruppo di pazienti rispetto ai quali è stata sviluppata:

**Hs (1):** la scala Hs (Hypochondrias, **Ipocondria**) indica la presenza di problemi fisici caratteristici degli ipocondriaci. Alcuni item riguardano particolari sintomi o specifici disturbi, ma molti altri concernono una preoccupazione più generale per il corpo o verso se stessi. Di tutte le scale cliniche, la scala 1 è la più omogenea e unidimensionale. “Punteggi elevati sulla scala 1 indicano persone che hanno eccessive preoccupazioni legate al corpo, si lamentano di disturbi generici o specifici, quali dolore cronico, mal di testa, ecc, si lamentano di debolezza cronica, fatica, difficoltà nel sonno, si preoccupano della salute e tendono a sviluppare disturbi somatici come risposta allo stress, e spesso assumono antidepressivi o ansiolitici. Inoltre i punteggi elevati sulla scala ipocondria indicano anche persone che sembrano egoisti, centrati su di sé, narcisistici, sono pessimisti e cinici, sono socialmente poco gradevoli, si lamentano continuamente, sono eccessivamente critici ed esigenti, mancano di entusiasmo e ambizioni, tendono ad interrompere il trattamento incolpando il terapeuta di non aver dedicato loro abbastanza attenzione” (Caudek, 2010).

**D (2):** la scala D (Depression, **Depressione**) indica la presenza di sintomi di tipo depressivo. La scala D fu sviluppata per individuare sintomi depressivi quali mancanza di speranza nel futuro, scarsa soddisfazione della propria situazione di vita, assenza di benessere personale, mancanza di interesse nei confronti del mondo esterno, preoccupazione e tensione, difficoltà a controllare i propri processi di

pensiero. Questa scala quindi misura lo sconforto e la mancanza di soddisfazione nei confronti della propria situazione personale. Punteggi molto alti su questa scala ( $T > 70$ ) suggeriscono la presenza di depressione clinica, mentre punteggi moderatamente alti suggeriscono un atteggiamento e uno stile di vita caratterizzati da distacco e mancanza di entusiasmo e coinvolgimento.

Le persone anziane tendono ad ottenere punteggi più alti di 5–10 punti della media (Caudek, 2009). Individui che si trovano ad affrontare una situazione personale difficile tendono a mostrare punteggi moderatamente elevati su questa scala. Ciò indica una mancanza di soddisfazione per la propria situazione corrente piuttosto che la presenza di una depressione clinica (ibidem). Punteggi elevati sulla scala 2 indicano persone che esibiscono sintomi depressivi: se  $T > 70$ , si sentono pessimisti e senza speranze, parlano di tentativi di suicidio – in contesti clinici, hanno una probabilità maggiore di altri pazienti di tentare il suicidio, si sentono in colpa, non riescono a provare piacere, si sentono privi di energia, possono rifiutare di parlare, si lamentano di mancanza di sonno, brutti sogni, debolezza, fatica, sono agitati, tesi, impauriti, non riescono a concentrarsi, sono irritabili, hanno cattive abitudini alimentari.

**Hy (3):** la scala Hy (Hysteria, **Isteria** di conversione) indica la tendenza a somatizzare alcune emozioni e disagi di tipo psichico. Questa scala fu sviluppata per identificare pazienti che, in risposta a situazioni di stress, manifestavano forme di disturbi sensoriali o motori per i quali non era stata riscontrata nessuna base organica. Alcuni dei 60 item componenti la scala concernono specifici disturbi fisici o stati di agitazione. Altri item riguardano negazione di problemi nella vita, problemi emotivi, o ansia in situazioni sociali. Benché queste due classi di item riguardino aspetti separati in individui non clinici, le persone che utilizzano questo tipo di difese spesso ottengono punteggi elevati negli item di entrambi i gruppi. I punteggi sulla scala 3 sono associati alle abilità intellettuali: gli individui intellettualmente dotati tendono ad ottenere punteggi elevati su questa scala. Le donne tendono ad ottenere punteggi più alti degli uomini, sia nella popolazione clinica che in quella normale (Caudek, 2010). Punteggi elevati sulla scala 3 indicano persone che sono incapaci a reagire allo stress, **possono sviluppare sintomi fisici per evitare responsabilità** (se

T>80), riportano sintomi fisici come mal di testa, dolore al petto, debolezza e tachicardia, sviluppano sintomi che compaiono e scompaiono rapidamente, lamentano di essere tristi, depresse, e ansiose, lamentano di non avere energia, di sentirsi esaurite, di avere disturbi del sonno, mancano di consapevolezza delle cause dei loro sintomi, spesso sono descritte come psicologicamente immature, puerili, egocentriche, narcisistiche, si aspettano una grande quantità di attenzione dagli altri, usano mezzi indiretti per ottenere l'attenzione degli altri.

**Pd (4):** la scala Pd (Psychopathic Deviate, **Deviazione psicopatica**) indica la carenza di controllo sulle risposte emotive e la capacità di introiettare le regole sociali. Questa scala fu sviluppata per identificare pazienti che manifestano tendenze antisociali o comportamento psicopatico. Gli item coprono una ampia gamma di argomenti tra cui la mancanza di soddisfazione nella vita, problemi familiari, problemi con la legge, problemi sessuali, difficoltà nei rapporti con l'autorità. I punteggi sulla scala 4 sono associati all'età: i giovani tendono ad ottenere punteggi leggermente più alti degli adulti. Come spiega Caudek, "secondo Graham (2000), questa scala può essere pensata come una misura di ribellione: punteggi molto alti indicano forme di ribellione antisociali e criminali; punteggi moderatamente elevati indicano forme di ribellione socialmente accettabili".

**Mf (5):** la scala Mf (Masculinity-Femininity, **Mascolinità-Femminilità**) indica l'insieme di tutti quegli aspetti (interessi, atteggiamenti, verso il lavoro, preoccupazioni e paure, vari tipi di reazioni emotive) che di solito differenziano uomini e donne. Tale scala valuta la modalità più o meno rigida di adesione allo stereotipo sessuale. Punteggi elevati su questa scala non sembrano essere associati con problemi per gli individui non clinici. Poiché in questa scala i punti T per le donne vanno in direzione opposta rispetto a quelli per gli uomini, la scala 5 è essenzialmente rovesciata per i due sessi (Pancheri, Sirigatti, 2008). Punteggi **elevati** sulla scala 5 indicano **uomini** che non manifestano interessi stereotipici maschili, hanno interessi artistici, partecipano alla gestione domestica e all'educazione dei figli più di altri uomini, e **donne** che rifiutano i ruoli considerati tipicamente femminili, si interessano di sport e attività che tradizionalmente sono considerate più maschili che



femminili. Punteggi **bassi** sulla scala 5 indicano **uomini** che presentano se stessi come estremamente maschili, tendono ad avere interessi e preferenze che tradizionalmente sono considerate come fortemente maschili, e **donne** che manifestano interessi che tradizionalmente sono considerati come femminili, e si sentono a loro agio nel ruolo di mogli o madri.

**Pa (6):** la scala Pa (**Paranoia**) indica sintomi di tipo paranoide (ideazioni deliranti, manie di grandezza, etc.). Questa scala fu sviluppata inizialmente con un gruppo di pazienti che presentavano condizioni di tipo paranoide o stati paranoici. Il contenuto degli item riflette condizioni di ipersensibilità nei rapporti interpersonali e tendenza a fraintendere le intenzioni degli altri (Pancheri, Sirigatti, 2008). Inoltre riguarda aspetti di sospettosità, iperreattività, tendenza a biasimare gli altri, manie di persecuzione o grandezza, cinismo, atteggiamenti moralistici, rigidità, ostilità, risentimento (Caudek, 2010). Punteggi **T>70** sulla scala 6 indicano persone che esibiscono comportamenti psicotici, manifestano un modo di pensare disturbato, manie di persecuzione o grandezza, si sentono trattate male, arrabbiate e risentite, manifestano un eccesso di rimuginio, in contesti clinici vengono diagnosticati come aventi disturbo paranoide o tratti paranoici o schizofrenici (ibidem).

**Pt (7):** la scala Pt (Psychastenia, **Psicastenia**) indica i rituali fobici e i comportamenti di tipo ossessivo-compulsivo fino ad un'ideazione delirante. Questa scala fu inizialmente sviluppata per valutare tratti di personalità che oggi descriveremo come riferiti ad un disturbo d'ansia con tratti ossessivo-compulsivi, poiché valuta l'**ansia** nei suoi aspetti durevoli e generalizzati, ovvero **di tratto**. Tra i soggetti indicati allora come nevrotici furono scelti quelli sofferenti di psicastenia, una debolezza nel controllo mentale delle azioni e dei pensieri. Mentre alcuni contenuti degli item riguardano questa sintomatologia, la scala nel suo insieme riflette stati generalizzati di ansia e preoccupazione (o emozioni negative), ma anche esplicita adesione ad alti standard di moralità, atteggiamento autocritico in caso di insuccesso, controllo dei propri impulsi.

**Sc (8):** la scala Sc (Schizophrenia, **Schizofrenia**) valuta la presenza di esperienze di tipo insolito tipiche degli schizofrenici. Questa scala fu derivata da un gruppo di pazienti psichiatrici con manifestazioni del disturbo schizofrenico. Il contenuto degli item riguarda un'ampia varietà di disordini caratterizzati da disturbi nelle attività di pensiero, dell'umore e del comportamento. Alcuni item riguardano sintomi psicotici quali esperienze sensoriali bizzarre (percezioni alterate, allucinazioni), altri item riguardano l'alienazione sociale, le difficoltà con la famiglia, le preoccupazioni di natura sessuale, la perdita di controllo dell'io, la mancanza di inibizioni, la difficoltà di concentrazione, le preoccupazioni e l'insoddisfazione. Punteggi elevati sulla scala 8 indicano persone che possono manifestare un comportamento di tipo psicotico ( $T=75 - 90$ ), possono manifestare confusione, disorganizzazione e disorientamento, riferiscono di atteggiamenti o pensieri insoliti, fissazioni, allucinazioni e scarsa capacità di giudizio, manifestano uno stato d'ansia generalizzato, tendono ad avere uno stile di vita schizoide, non sentono di appartenere al contesto sociale, sono isolate e si estraniavano facilmente, spesso riportano di avere pochi amici, riportano ideazioni suicidarie.

Per quanto riguarda la tenuta nel trattamento, soggetti con alti punteggi alla scala Schizofrenia possono:

- rispondere male al trattamento a causa della loro inabilità di rapportarsi in maniera appropriata con il terapeuta,
- perdere fiducia nel terapeuta,
- richiedere una valutazione medica per valutare la possibilità che abbiano disturbi neurologici,
- rispondono positivamente alla terapia quando questa si focalizza su questioni specifiche o problemi pratici.

(Caudek, 2010)

**Ma (9):** la scala Ma (Hypomania, **Ipomania**) indica stati ipomaniacali (idee di grandezza, alto livello di attività, etc.). Gli item di questa scala valutano con elevata sensibilità il grado di energia della persona, che si manifesta a livello emotivo, ideativo e motorio (Fossati, 2004). Il contenuto degli item prende in considerazione aspetti comportamentali quali l'euforia maniacale, l'accelerazione psicomotoria

(linguaggio accelerato, processi di pensiero molto rapidi e attività motoria eccessiva) e brevi periodi di depressione (Caudek, 2010). Punteggi elevati sulla scala 9 indicano persone che manifestano gli stadi iniziali di un episodio maniacale (iperattività, accelerazione nel linguaggio, allucinazioni, manie di grandezza, instabilità emotiva, confusione), possono essere energiche, intraprendenti, invadenti, narcisiste, socialmente manipolative, manifestano pochi interessi per le attività di routine e per i dettagli, diventano facilmente annoiate e agitate, non seguono la terapia in modo regolare e possono interromperla prematuramente, e possono manifestare ostilità nei confronti del terapeuta.

**Si (0):** la scala Si (Social Introversion, **Introversione sociale**) indica le difficoltà che il soggetto riscontra nei rapporti con gli altri. Questa scala fu sviluppata da Drake (1946) con campioni di studenti che ottenevano punteggi estremi sulla scala introversione-estroversione sociale. Punteggi elevati sulla scala 0 rispecchiano livelli crescenti di timidezza sociale, preferenza per attività da svolgere da soli e carenza di assertività sociale. Invece punteggi sotto la media indicano tendenze verso la partecipazione e la dominanza sociale.

### 3.2 Punteggi elevati: interpretazione

Il Professor Caudek illustra così la definizione di punteggi alti e bassi:

“nell’MMPI-2, la definizione di punteggio “elevato” sulle Scale Cliniche varia considerevolmente nella letteratura e tra le diverse scale. Alcuni definiscono “elevati” quei punteggi T superiori a 70; altri preferiscono utilizzare il quartile superiore della distribuzione; altri individuano cut-off diversi per ciascuna scala; altri ancora identificano il punteggio relativo più alto in ciascun profilo, indipendentemente dal valore T associato.

**Punteggi “bassi”:** anche il cut-off per i punteggi “bassi” ha trovato diverse definizioni in letteratura (<40, quartile inferiore della distribuzione, ecc.). I punteggi “bassi” sono comunque considerati meno informativi dei punteggi alti. Si è discusso se tali punteggi riflettano la presenza di problemi, oppure se siano indici di un buon aggiustamento.

Graham (2000) suggerisce che, in situazioni non-cliniche, i punteggi “bassi” siano interpretati come espressione di aggiustamenti più positivi dei punteggi “alti”. Se il test è stato completato in maniera “difensiva”, i punteggi “bassi” non dovrebbero essere interpretati. In contesti clinici, i punteggi “bassi” non dovrebbero essere interpretati. Le inferenze dovrebbero essere limitate all’interpretazione dei punteggi “alti”, ovvero quelli con valore >65” (Caudek, 2010).

L’interpretazione dei punteggi alle scale mmpi 2 avviene con due procedure specifiche: la prima è quella cosiddetta **per punte**, con la quale si esaminano i singoli punteggi più elevati; la seconda è detta **per codici**, e Caudek la spiega così: “valori dei punti T compresi tra 60 e 65 costituiscono tendenze di personalità, mentre elevazioni che superano 65 possono divenire indicative di uno stato patologico. Oltre all’interpretazione per punte delle scale cliniche, è possibile un’interpretazione per **codici-tipo**. Quando le punte sono più di una, infatti, è preferibile una valutazione che tenga conto della configurazione del profilo, ricorrendo a codici tipo basati su due e, talvolta, su tre elevazioni” (Caudek, 2010).

Il Professore Andrea Fossati spiega nel dettaglio la definizione dei codici:

“i punteggi possono essere sintetizzati con una semplice lista in cui essi vengono ordinati a seconda di come appaiono sul foglio del profilo (L, F, K, 1, 2, 3 etc). Ogni punteggio T viene segnato alla destra della scala corrispondente.

Per creare dei codici riassuntivi (“code type”) viene utilizzato un metodo veloce di registrazione dei risultati: si prendono in considerazione le due scale con i punteggi più elevati (per es. se si sono ottenuti i punteggi più elevati alle scale 5 e 8 il codice da porre a fianco della scala dovrebbe essere 85/58). Solo i codici “ben definiti” possono essere interpretati con un certo margine di sicurezza. È da considerarsi “ben definito” un codice che è 5 o più punteggi T superiore alle altre scale con il valore più alto. I profili non ben definiti dovrebbero essere interpretati integrando le informazioni derivanti da ogni scala con punteggio elevato con altri indicatori, anche esterni al test (es colloquio clinico).

La scala 5 (mascolinità e femminilità) e la scala 0 (Introversione Sociale), NON sono strettamente delle scale cliniche e NON vengono utilizzate per determinare il “code type” (Butcher 1999; D. Edwards et al, 1993, Greene, 2000)” (Fossati, 2004).

Per quanto riguarda l’interpretazione delle scale, necessaria per descrivere i sintomi i comportamenti e le caratteristiche personologiche della persona testata, Fossati aggiunge: “le seguenti guide linea devono essere considerate come delle modalità interpretative che possono essere utili nel generare ipotesi riguardo a specifiche aree:

- *Soppressione*: le scale 5 (Mascolinità-Femminilità) e 0 (Introversione Sociale) sono spesso definite scale di “soppressione” perché se elevate tendono ad indebolire l’espressione di caratteristiche suggerite da punteggi elevati in altre scale;
- *Acting Out*: le scale 4 (Deviazione Psicopatica) e 9 (Ipomania) sono definite scale “attivatrici”: se elevate la persona tende ad agire le proprie difficoltà. Questa ipotesi è supportata da punteggi bassi alla scala 0;
- *Stile di Coping Interno*: è presente se la somma dei punteggi alle scale 4 (Deviazione Psicopatica) e 9 (Ipomania) è minore della somma dei punteggi alle scale 2 (Depressione) 7 (Psicastenia) e 0 (Introversione Sociale);

- *Stile di Coping Esterno*: è presente se la somma dei punteggi alle scale 4 (Deviazione Psicopatica) e 9 (Ipomania) è maggiore della somma dei punteggi alle scale 2 (Depressione) 7 (Psicastenia) e 0 (Introversione Sociale);
- *Ipercontrollo*: rigido ipercontrollo degli impulsi, in particolare l'ostilità; è suggerito da punteggi elevati alla scala 3 (Isteria);
- *Preoccupazione Soggettiva*: il grado di stress soggettivo a cui una persona è sottoposta può essere suggerito da punteggi elevati alle scale 2 (Depressione) e 7 (Psicastenia);
- *Ansia*: è indicata da punteggi elevati alla scala 7 (Psicastenia), in particolare se essa è maggiore della scala 8 (Schizofrenia);
- *Depressione*: è suggerita da punteggi elevati alla scala 2 (Depressione) e da punteggi bassi alla scala 9 (Ipomania);
- *Mania*: è suggerita da punteggi elevati alla scala 9 (Ipomania) e da punteggi bassi alla scala 2 (Depressione);
- *Psicosi*: è indicata da punteggi elevati alla scala 8 (Schizofrenia), in particolare se essa è di 10 punti T o più superiori alla scala 7 (Psicastenia);
- *Confusione e Disorientamento*: possono essere suggeriti da:
  - punteggi T maggiori 80 nelle scale Frequenza, 8 (Schizofrenia) e 7 (Psicastenia);
  - la media delle 8 scale cliniche (scale Mascolinità-femminilità e Introversione Sociale escluse perché non strettamente cliniche) è maggiore di 70 punti T.
- *Sospettosità*: è indicata da punteggi elevati alla scala 6 (Paranoia) specialmente quando è la più elevata;
- *Introversione*: è indicata da punteggi elevati alla scala 0 (Introversione Sociale);
- *Ossessioni*: sono suggerite da punteggi elevati alla scala 6 (Paranoia);
- *Problemi con l'alcol e le sostanze*: sono suggeriti da punteggi elevati alle scale 4 (Deviazione Psicopatica), 2 (Depressione) e 7 (Psicastenia);

- *Relazioni Interpersonali*: le scale utili per comprendere lo stile relazionale del soggetto sono:
  - 0 (Introversione Sociale): indica il livello di timidezza, evitamento delle situazioni sociali;
  - 1 (Ipocondria): indica espressione indiretta della rabbia, atteggiamento critico ed esigente;
  - 4 (Deviazione Psicopatica): suggerisce la tendenza ad usare gli altri per soddisfare i propri bisogni, superficialità, impulsività;
  - 6 (Paranoia): indica ipersensibilità alla critica, sospettosità, risentimento;
  - 8 (Schizofrenia): isolamento, atteggiamento rinunciatario”

(Fossati, 2004).

In sintesi, nell'interpretare i profili MMPI si rende possibile individuare 3 aree fondamentali di comportamenti:

- **Area Nevrotica (Ipocondria, Depressione, Isteria)**: espressione somatica di stati emotivi, prevalenza di comunicazioni non verbali, ricerca di vantaggi secondari;
- **Area Sociopatica (Deviazione Psicopatica e Mascolinità-Femminilità)**: difficoltà a socializzare per un rifiuto attivo delle norme di convivenza, mancato adattamento sociale;
- **Area Psicotica (Paranoia, Psicastenia, Schizofrenia)**: difficoltà di comunicazione con l'ambiente e con gli altri, soprattutto a causa di difficili o “particolari” interpretazioni della realtà.

Sebbene l'MMPI-2 non permetta di emettere una diagnosi, può contribuire a raccogliere informazioni significative per formulare ipotesi diagnostiche, e le elevazioni dei punteggi a certe scale rientrano tra i sintomi tipici del disturbo di personalità borderline. Infatti i pazienti con disturbo di personalità borderline tendono a raggiungere un punteggio molto alto su scale *nevrotiche* ma soprattutto *psicotiche*, specialmente sulle scale 2 (Depressione), 4 (Deviazione Psicopatica), 6 (Paranoia), 7 (Psicastenia) e 8 (Schizofrenia) (Critton, 2001).

### 3.3 Intercorrelazioni delle scale cliniche di base

Le intercorrelazioni tra le singole scale, calcolate nel campione normativo italiano, sono rappresentate qui di seguito:

**Intercorrelazioni tra maschi (n=403)**

	L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI
<b>L</b>	1												
<b>F</b>	-,334	1											
<b>K</b>	-,590	-,537	1										
<b>HS</b>	-,389	,603	-,547	1									
<b>D</b>	-,210	,471	-,289	,586	1								
<b>HY</b>	-,042	,243	,165	,522	,495	1							
<b>PD</b>	-,420	,603	-,412	,553	,561	,445	1						
<b>MF</b>	-,268	,281	-,219	,338	,358	,367	,398	1					
<b>PA</b>	-,105	,533	-,112	,436	,354	,464	,511	,309	1				
<b>PT</b>	-,527	,719	-,743	,708	,648	,266	,671	,409	,462	1			
<b>SC</b>	-,509	,841	-,685	,719	,591	,278	,691	,374	,515	,903	1		
<b>MA</b>	-,234	,453	-,486	,344	,048	,003	,366	,259	,231	,481	,526	1	
<b>SI</b>	-,402	,521	-,571	,529	,573	,078	,426	,276	,205	,681	,647	,041	1

**Tabella 1 Intercorrelazioni delle scale cliniche di base nel campione normativo italiano (maschi)**

**Intercorrelazioni tra femmine (n=972)**

	L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI
<b>L</b>	1												
<b>F</b>	-,213	1											
<b>K</b>	,395	-,530	1										
<b>HS</b>	-,196	,607	-,524	1									
<b>D</b>	-,063	,493	-,305	,632	1								
<b>HY</b>	-,037	,337	,016	,642	,558	1							
<b>PD</b>	-,314	,676	-,403	,557	,572	,486	1						
<b>MF</b>	-,099	,062	-,103	,139	,214	,241	,175	1					
<b>PA</b>	-,159	,633	-,282	,518	,490	,495	,617	,219	1				
<b>PT</b>	-,317	,707	-,703	,732	,705	,391	,661	,196	,564	1			
<b>SC</b>	-,318	,849	-,649	,708	,605	,395	,721	,120	,658	,877	1		
<b>MA</b>	-,166	,542	-,487	,398	,132	,118	,435	,018	,350	,498	,594	1	
<b>SI</b>	-,207	,424	-,499	,465	,632	,162	,377	,210	,263	,657	,552	,009	1

**Tabella 2 Intercorrelazioni delle scale cliniche di base nel campione normativo italiano (femmine)**

Come illustrato dal Prof. Saulo Sirigatti (curatore dell'adattamento italiano del manuale mmpi 2 e dell'edizione italiana della sua Forma Ristrutturata) intervistato dalla rivista "ITEMS, la newsletter del testing psicologico" a cura di Organizzazioni Speciali, "il procedimento empirico utilizzato per ottenere le scale cliniche di base -



*il confronto tra gruppi di pazienti e un campione normativo non psichiatrico (lo stesso campione in tutti i casi) e la sovrapposizione tra gli item - ha contribuito ad alcune intercorrelazioni troppo elevate tra le scale. È probabile che questo metodo abbia portato all'inclusione, nelle scale Cliniche, di un certo numero di item identici o simili che maggiormente discriminavano tra i pazienti psichiatrici e la popolazione non psichiatrica. La comune afferenza degli item alle scale ha probabilmente contribuito ad elevare le intercorrelazioni tra esse” (intervista a cura della Dr.ssa Silvia Casale, anno non disponibile). Questa caratteristica “ha ridotto la loro validità discriminante di costruito e il loro potere predittivo differenziale.” Un esempio “è la correlazione superiore a ,80 tra la scala 7 (Psicastenia), [...] e la Scala 8 (Schizofrenia) [...]. Questa elevata correlazione è rimasta clinicamente e teoricamente incomprensibile”.*

Come specifica Caudek, nell'MMPI-2 il numero medio di item che le diverse scale hanno in comune è di 6,4, con una notevole sovrapposizione per alcune coppie di scale:

- 1–3 (Ipocondria-Isteria, 20 item),
- 7–8 (Psicastenia-Schizofrenia, 17 item),
- 2–7 (Depressione-Psicastenia, 13 item),
- 2–3 (Depressione-Isteria, 13 item),
- 6–8 (Paranoia-Schizofrenia, 13 item),
- 4–0 (Deviazione Psicopatica-Introversione Sociale, 11 item),
- 8–9 (Schizofrenia-Ipomania, 11 item),
- 1–2 (Ipocondria-Depressione, 10 item),
- 2–8 (Depressione-Schizofrenia, 10 item),
- 3–4 (Isteria-Deviazione Psicopatica, 10 item),
- 4–8 (Deviazione Psicopatica-Schizofrenia, 10 item)

(Caudek, 2010).

## 4. RISULTATI

### 4.1 Statistiche descrittive del campione

Sono stati analizzati tutti gli interventi effettuati nella comunità terapeutica Villa Ratti nel periodo **gennaio 2009–dicembre 2010**, da un campione così composto: **n=62** pazienti, **27 Uomini e 35 Donne** (età media=28, DS=6,6). In totale si hanno **14.540 interventi**, suddivisi in **24 categorie** così codificate secondo il codice Psiche in uso nei Centri Psicosociali della regione Lombardia:

<b>CODICE</b>	<b>Tipo intervento</b>	<b>Abbreviazione</b>
1	Colloquio individuale	colind
2	Attività di valutazione	valut
3	Psicoterapia individuale	psitind
4	Psicoterapia della famiglia	psifam
5	Psicoterapia di gruppo	psitgrp
6	Colloquio con familiari	collfam
8	Gruppo di familiari	grupfam
9	Laboratorio artistico	labart
10	Laboratorio di ortoflorovivaismo	labortf
11	Laboratorio di informatica	labinf
12	Gruppo cucina	grcucina
13	Gruppo casa	grcasa
14	Gruppo donne	grdonne
15	Gruppo uomini	gruomini
16	Gruppo dipendenze	grdipen
22	Gruppo lettura	grlettura
911	Riunioni sui casi	riuncaso
912	Riunione con strutture sanitarie, altri enti	riunstrut
913	Riunione con persone, gruppi non istituzionali	riunpers

914	Intervento individuale su abilità di base, interpersonali, sociali	intbase
915	Gruppo su abilità di base, interpersonali, sociali	grbase
916	Intervento individuale di risocializzazione	indrisoc
917	Gruppo di risocializzazione	grrisoc
918	Gruppo di attività espressive	attespr

Tabella 3 tipologie di intervento

Alla luce di quanto descritto dalla Carta dei Servizi citata nel paragrafo “materiali e metodi”, non è possibile una suddivisione precisa di questi interventi secondo gli obiettivi del Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR) precedentemente esposto (obiettivi *terapeutici, riabilitativi, di contesto* nonché *attività quotidiane*). Infatti le attività *terapeutiche* in senso stretto sono le psicoterapie individuali e di gruppo, quindi gli interventi da 1 a 8, e l'intervento 16, mentre tra i laboratori specificamente *riabilitativi* rientrano gli interventi 9, 10, 11, e 918, ma anche il gruppo cucina (12) e il gruppo casa (13) che fanno parte altrettanto delle *attività quotidiane* (vedi paragrafo “Attività di Villa Ratti”). Peraltro, come si vedrà, dalla distribuzione dei dati riguardo alla frequenza di “laboratorio artistico” ed “attività espressive” risulta che si tratta dello stesso laboratorio a cui sono stati assegnati due codici diversi. Inoltre, nelle attività di monitoraggio del follow up (pag. 18) rientrano sia le valutazioni psicodiagnostiche (intervento 2) che i colloqui individuali (intervento 1). In aggiunta, questi dati comprendono anche le *riunioni* (int 911, 912 e 913) che non sono interventi effettuati DAI pazienti, ma SUI pazienti.

Infine c'è da notare che con il codice 917 (gruppo attività espressive) sono state registrate operazioni di natura differente tra loro, quali riunioni operative di fine giornata e uscite di gruppo. Come vedremo in seguito, questa commistione ha contribuito a generare un valore altissimo rispetto alla sua frequenza.

Esaminando nel dettaglio la tavola di contingenza **anno \* intervento** emerge una **differenza significativa** nei due anni per il **tipo** di intervento:  $\chi^2 = 676,7$ ,  $df = 23$ ,  $p < 0,05$ .

Tipo intervento	%anno		Totale %	Totale interventi
	2009	2010		
1 colind	18,2	18,8	18,5	2686
2 valut	1,7	2,9	2,3	329
3 psitind	7,5	6,5	7,0	1021
4 psitfam	,1	0	,1	9
5 psitgrup	7,8	8,8	8,3	1203
6 collfam	,6	,7	,7	100
8 grupfam	,4	,2	,3	47
9 labart	,7	6,3	3,3	486
10 labortf	5,8	5,9	5,8	848
11 labinf	9,2	8,8	9,0	1307
12 grcucina	3,1	3,1	3,1	449
13 grcasa	7,0	6,1	6,5	951
14 grdonne	,2	,3	,3	42
15 gruomi	,0	,0	,0	4
16 grdipen	,1	,5	,3	42
22 grlettura	,1		,0	7
911 riuncaso	5,3	2,9	4,1	601
912 riunstrut	,6	,6	,6	90
913 riunpers	,2	,3	,2	34
914 insbase	3,8	3,9	3,8	558
915 grbase	1,3	,7	1,0	149
916 indrisoc	,3	,1	,2	27
917 ggrisoc	19,4	20,5	19,9	2897
918 attespr	6,7	2,0	4,5	653
Totale	100	100	100	14540

**Tabella 4** Frequenza totali degli interventi (n=62)

L'intervento con maggior frequenza è "gruppo di risocializzazione" (intervento 917), al 20%, per i motivi di cui sopra.

Inoltre, per quanto riguarda gli interventi "creativi", questi sono stati codificati, all'inizio del nostro periodo di osservazione, in maggioranza come "attività espressive" (6,7% vs 0,7% di laboratorio artistico nel 2009) e successivamente come "laboratorio artistico" (6,3% vs 2% di attività espressive nel 2010). Controllando i dati nel dettaglio, è emerso che questi interventi si sovrappongono in due sole giornate durante tutto il periodo di osservazione, quindi si può supporre con una certa precisione che si tratta della stessa attività.

Per questo motivo è stata calcolato il  $\chi^2$  della medesima tabella di contingenza, ma con la nuova variabile **int9\_918**, che aggrega i due laboratori di riabilitazione:  $\chi^2=158,5$ ,  $df=22$ ,  $p<0,01$ . In questo modo si riduce il valore del  $\chi^2$ , il che dimostra che gran parte della varianza è spiegata dalla distinzione erronea tra intervento 9 e intervento 918.

Tornando alla tabella della frequenza degli interventi, si nota anche che alcuni hanno frequenze molto basse, come ad esempio gruppo uomini, gruppo donne, e gruppo lettura. Secondo il personale sanitario di Villa Ratti, si tratta di sperimentazioni di gruppi tematici nati dalla volontà di alcuni ospiti, con la richiesta di essere autogestiti, ma poi mai realizzati. Infine, il valore così basso dell'intervento valutazioni (int2) è dovuto al fatto che la batteria psicodiagnostica viene somministrata al momento del ricovero e della dimissione, e nei 3 colloqui di follow up descritti precedentemente.

Successivamente sono state analizzate le frequenze totali degli interventi nel biennio preso in esame, e come si evince dalla tabella sottostante, nel secondo anno la frequenza è leggermente minore.

<b>Frequenze interventi 2009-2010</b>			
		Frequenza	Percentuale
Validi	anno 2009	7595	52,2
	anno 2010	6945	47,8
	Totale	14540	100

**Tabella 5** Frequenze totali degli interventi nel biennio 2009-2010

Nel dettaglio, è stata analizzata la frequenza di ogni intervento per tutti i 24 mesi di osservazione. I due anni sono stati suddivisi anche in trimestri, per ottenere una valutazione di dati più compatti.

	Mese	Trimestre	Frequenza	Percentuale	% per trimestre	Frequenza per trimestre
2009	1	1	625	4,3	14,2	2071
	2		677	4,7		
	3		769	5,3		
	4	2	808	5,6	15,3	2228
	5		678	4,7		
	6		742	5,1		
	7	<u>3</u>	578	4	<u>10,1</u>	<u>1463</u>
	<u>8</u>		<u>330</u>	<u>2,3</u>		
	9		555	3,8		
	10	4	647	4,4	12,6	1833
	11		634	4,4		
	12		552	3,8		
2010	13	5	580	4	11,9	1737
	14		506	3,5		
	15		651	4,5		
	16	6	632	4,3	12	1743
	17		632	4,3		
	18		479	3,3		
	19	<u>7</u>	633	4,4	<u>11,6</u>	<u>1692</u>
	<u>20</u>		<u>476</u>	<u>3,3</u>		
	21		583	4		
	22	8	531	3,7	12,2	1773
23	727		5			
24	515		3,5			
Totale			14540	100	100	14540

**Tabella 6** Frequenze e percentuali di tutti gli interventi nei 24 mesi di osservazione

Da questa tabella si registra un calo notevole delle attività rispetto alla media totale nel mese di Agosto 2009, dovuto probabilmente alle ferie estive del personale sanitario.

Come si nota anche dal seguente grafico, pure nel 2010 c'è il medesimo calo, sempre nel mese di Agosto (trimestre 7), ma meno evidente in quanto i primi 3 trimestri del 2009 sono piuttosto differenti tra loro nella percentuale di interventi svolti, mentre dal trimestre 4 la tendenza è più costante.

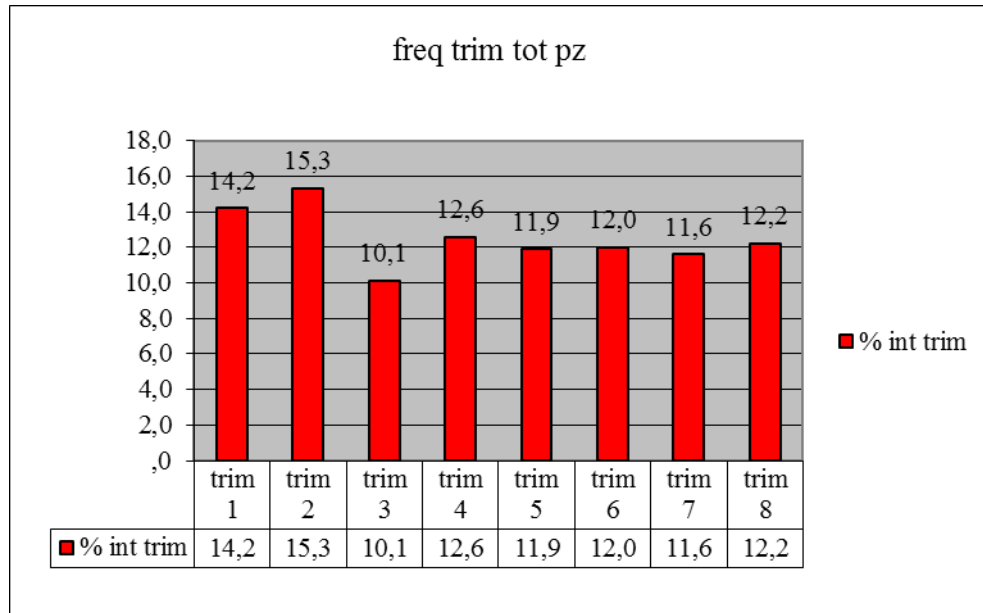


Figura 1 Frequenze totali degli interventi per trimestre

Applicando la suddivisione in trimestri emerge che **la distribuzione di tutti gli interventi è significativamente diversa nei due anni** ( $p < ,001$ ) e che **varia in maniera statisticamente significativa fra trimestri** ( $\chi^2$  trim 2009=395,6,  $df=69$ ,  $p < 0,05$ ;  $\chi^2$  trim 2010=566,6,  $df=66$ ,  $p < 0,05$ ).

Chi <sup>2</sup> trimestre * intervento * anno				
		Valore	df	p
2009	Chi-quadrato di Pearson	395,63	69	***
	<b>Interventi validi</b>	<b>7595</b>		
2010	Chi-quadrato di Pearson	566,6	66	***
	<b>Interventi validi</b>	<b>6945</b>		

Tabella 7 variazione degli interventi per trimestre. \*\*\*  $p < ,001$

In particolare, il 2010 registra in totale 650 interventi in meno rispetto al 2009: occorre però analizzare meglio questo calo, per capire se ci sono meno pazienti ricoverati o se vengono svolte meno attività.

Poiché per ogni ospite della Comunità sono possibili più interventi in un giorno solo, si è calcolato il numero esatto di giorni in cui pazienti effettuano le attività: invece di

14540 interventi (per 62 pazienti), si hanno 7103 giorni con interventi sul totale dei pazienti, ossia una densità totale di  $14540/7103 = 2,05$  interventi al giorno. In questo modo si escludono i giorni inclusi nel ricovero ma privi di attività per assenza degli ospiti stessi.

numero paziente	giorni totali di attività	totale interventi	densità (int/giorni)
1	109	249	2,28
2	137	268	1,96
3	65	132	2,03
4	90	155	1,72
5	122	300	2,46
6	127	264	2,08
7	371	829	2,23
8	270	556	2,06
9	32	60	1,88
10	40	75	1,88
11	233	437	1,88
12	50	345	6,90
13	263	86	0,33
14	175	510	2,91
15	289	560	1,94
16	25	48	1,92
17	29	61	2,10
18	1	1	1,00
19	120	296	2,47
20	258	577	2,24
21	159	325	2,04
22	255	546	2,14
23	155	303	1,95
24	172	401	2,33
25	31	56	1,81
26	32	67	2,09
27	24	24	1,00
28	24	53	2,21
29	4	7	1,75
30	36	91	2,53
31	122	270	2,21
32	1	1	1,00
33	198	444	2,24
34	10	16	1,60
35	81	131	1,62
36	50	105	2,10
37	46	80	1,74
38	12	14	1,17
39	334	705	2,11
40	16	16	1,00
41	65	137	2,11
42	10	17	1,70
43	153	250	1,63
44	70	147	2,10



numero paziente	giorni totali di attività	totale interventi	densità (int/giorni)
45	115	245	2,13
46	117	241	2,06
47	3	5	1,67
48	215	399	1,86
49	148	283	1,91
50	27	55	2,04
51	95	174	1,83
52	151	311	2,06
53	65	140	2,15
54	78	177	2,27
55	9	9	1,00
56	2	2	1,00
57	71	129	1,82
58	126	184	1,46
59	342	717	2,10
60	197	399	2,03
61	201	462	2,30
62	275	593	2,16
<b>TOT</b>	<b>7103</b>	<b>14540</b>	<b>2,05</b>

Tabella 8 densità degli interventi (n=62)

I *giorni* totali di permanenza per paziente chiaramente differiscono dal totale degli *interventi* per pazienti. Si è indagato quindi se la differenza di interventi fra i due anni corrisponde ad una differenza nei giorni totali di attività (variabile “giorno-paziente”):

		anno	
		Frequenza	Percentuale
giorno-paz	2009	3528	49,7
	2010	3575	50,3
	Totale	7103	100

Tabella 9 giorni-paziente 2009 e 2010

Mentre nel 2009 ci sono più interventi, come visto (tot int=7595, densità=2,15), risultano, al contrario, meno giorni-paziente. La densità per il 2010 invece corrisponde a  $6945 \text{ interventi} / 3575 \text{ giorni-paziente} = 1,94$ .

Queste differenze sono significative, ed illustrano che nel 2010 ci sono più giorni in cui gli ospiti di Villa Ratti effettuano interventi, a fronte di un numero minore di attività rispetto al 2009.

In seguito, tramite una tabella di contingenza **tipo intervento \* sesso**, si ottiene questa distribuzione:

Tipo interventi	%sex		Totale %	conteggio sex		N Totale
	uomo	donna		uomo	donna	
colind	6,4	12,0	18,5	934	1752	2686
valut	1,0	1,3	2,3	146	183	329
psitind	2,4	4,6	7,0	351	670	1021
psitfam	,0	,0	,1	3	6	9
psitgrup	3,2	5,1	8,3	462	741	1203
collfam	,4	,3	,7	52	48	100
grupfam	,2	,1	,3	27	20	47
labart	1,6	1,7	3,3	235	251	486
labortf	2,6	3,3	5,8	374	474	848
labinf	3,5	5,5	9,0	508	799	1307
grcucina	1,5	1,6	3,1	211	238	449
grcasa	2,6	4,0	6,5	375	576	951
grdonne		,3	,3	0	42	42
gruomi	,0	,0	,0	2	2	4
grsiper	,1	,2	,3	20	22	42
grlettura	,0	,0	,0	3	4	7
riuncaso	1,4	2,7	4,1	205	396	601
riunstrut	,2	,4	,6	34	56	90
riunpers	,1	,2	,2	11	23	34
insbase	1,6	2,2	3,8	232	326	558
grbase	,4	,6	1,0	63	86	149
indrisoc	,1	,1	,2	15	12	27
grrisoc	8,1	11,8	19,9	1185	1712	2897
attespr	1,5	3,0	4,5	215	438	653
Totale	38,9	61,1	100,0	5663	8877	14540

Tabella 10 tipo intervento \* sesso (n=62)

La differenza per sesso nella distribuzione delle attività è statisticamente significativa:  $\chi^2=141,8$ ,  $df=23$ ,  $p<,001$ . Nel dettaglio, per quanto riguarda gli UOMINI (n= 27, 41,9% del campione), il numero totale degli interventi è pari a 5663. L'intervento "gruppo di risocializzazione" (intervento 23) è stato effettuato in

tutto 1185 volte. Il secondo intervento più frequente è colloquio individuale (intervento 1): n=934. In percentuali: gruppo di risocializzazione **20,9%**, colloquio individuale **16,5%**. Inoltre le percentuali dei laboratori di riabilitazione sono maggiori per i maschi rispetto alle femmine, nonostante questi siano in numero inferiore nel campione.

Invece, per quanto riguarda le **DONNE** (n=35, 56,4% del campione), il gruppo di risocializzazione è presente per il **19,3%** (n=1712) e il colloquio individuale il **19,7%** (n= 1752). Non sono presenti in letteratura dati che spieghino il motivo per cui le donne fanno più colloqui individuali, pertanto non è chiara la ragione di questa differenza.

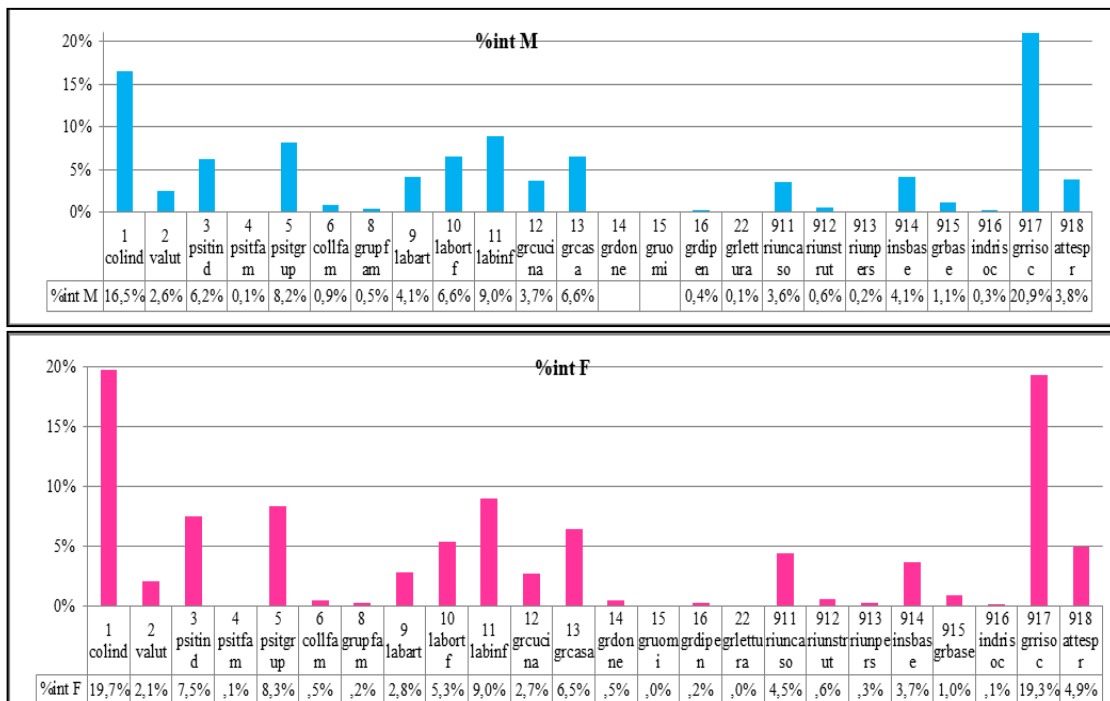


Figura 2 Frequenze degli interventi per uomini (sopra) e donne (sotto)

Analizzando la frequenza di ogni singolo intervento, esiste in termini di Chi<sup>2</sup> la stessa variabilità fra donne che esiste fra uomini.

sex	Valore	df	p
1 uomo (n=27)	Chi-quadrato di Pearson Interventi validi	572	***
2 donna (n=35)	Chi-quadrato di Pearson Interventi validi	782	***

Tabella 11 Chi<sup>2</sup> tavola di contingenza numero paziente \* tipo intervento \* sesso. \*\*\* p<,001

Infine, è stata valutata la stabilità del totale degli interventi, tramite tavole di contingenza interventi\*annomese per ognuno dei 62 pazienti: in appendice si trova la tabella completa (Tabella Appendice 3 stabilità interventi), da cui emerge che per 18 soggetti su 62 la differenza nella frequenza delle attività per ogni mese è statisticamente significativa.

## 4.2 Statistiche descrittive MMPI-2

Sul totale del campione (n=62) abbiamo considerato i punteggi al test MMPI-2, il titolo di studio e la permanenza totale in struttura solo di **51 soggetti**, in base al totale degli interventi registrati per quei pazienti in tutto il biennio 2009-2010, stabilendo la soglia arbitraria di **almeno 40 interventi effettuati**. Tuttavia, per un caso mancano completamente i punteggi mmpi 2, perciò di seguito si lavora con **50 casi**.

Per cominciare, il **titolo di studio** è stato ricodificato nel seguente ordine: 1=licenza elementare, 2=licenza media inferiore, 3=licenza media superiore, 4=laurea.

La distribuzione del livello di scolarità è quindi la seguente:

<b>TITOLO DI STUDIO</b>			
		Frequenza	Percentuale
Validi	media inf	35	68,6
	media sup	11	21,6
	laurea	4	7,8
	Totale	50	98
Mancanti	Mancante di sistema	1	2
Totale		51	100

**Tabella 12 titolo di studio dei pazienti (n=50)**

Mancano i dati sul livello scolastico di un soggetto, ma a parte questo, la maggior parte degli ospiti (n=35) ha la licenza media inferiore, mentre solo in 4 hanno conseguito una laurea e nessuno si è fermato alla sola licenza elementare. È stata analizzata inoltre la relazione tra titolo di studio (dicotomizzato tra obbligo e post-obbligo) ed interventi svolti dagli ospiti di Villa Ratti, tramite una tavola di contingenza interventi\*titolo di studio, ma non risulta alcuna relazione significativa ( $\chi^2=24,4$ ,  $df=23$ ,  $p>0,05$ ).

Dei 50 soggetti per i quali sono disponibili le date di ricovero e di dimissione, e i punteggi mmpi2, i valori della **durata di permanenza** in struttura sono ovviamente

superiori al numero esatto di giorni in cui vi è lo specifico svolgimento di qualche attività (vedi paragrafo su densità degli interventi).

	N	Minimo	Massimo	Media	ds
durata presenza gg	50	43	777	363,28	209,003

Come si può notare, la media della durata del ricovero è di circa un anno, quindi inferiore alla media dichiarata nella Carta dei Servizi (“durata minima di 18 mesi e massima di 24 mesi”, pagina 12).

Analizzando quindi la durata della permanenza ancora secondo il titolo di studio, e secondo il sesso degli ospiti, emerge la seguente distribuzione:

SESSO	TITS	Giorni di permanenza	Deviazione standard	N
M	Media	325,6	215,73	15
	Superiore	342,2	179,83	4
	Univ	516,0	.	1
	Totale	338,4	202,95	20
F	Media	381,5	199,37	20
	Superiore	380,6	253,21	7
	Univ	366,7	313,64	3
	Totale	379,8	214,74	30
Tot	Media	357,6	205,34	35
	Superiore	366,6	220,33	11
	Univ	404,0	266,75	4
	Totale	363,3	209,003	50

**Tabella 13 distribuzione durata permanenza per sesso e titolo di studio (n=50)**

Dal test F dell’ANOVA univariata non risultano significativi gli effetti delle variabili sesso e titolo di studio, né usando il modello sesso+titolo di studio né analizzando le due variabili separate. La durata di permanenza è diversa per sesso poiché le donne sono presenti per quasi 2 mesi in più degli uomini (ma non significativamente: F genere=0,35; p=0,85), e per titolo di studio (i pazienti con titolo di studio più alto rimangono mediamente più a lungo, ma la differenza non è significativa: F titolo di studio=0,224; p=0,89). I risultati non cambiano se si usa il modello sesso+titolo di studio: F=0,307; p=0,74. Controllando l’effetto delle scale mmpi-2, anche queste non

sono risultate significativamente associate alla durata di permanenza secondo sesso e titolo di studio.

Una possibile interpretazione di questi dati potrebbe essere legata ad uno stereotipo di genere, per cui i maschi tenderebbero a lavorare di più all'esterno, ma data la non significatività dei valori delle p, la presenza in comunità maggiore per le donne e per gli ospiti più scolarizzati potrebbe essere dovuta al caso. In ogni caso, 2 mesi in più su una permanenza media di 1 anno, sono da considerarsi una differenza notevole, e anche se non è significativa in questo campione, apre degli interrogativi sui motivi di questa divergenza. Un'analisi degli **esiti** dei trattamenti, tramite misurazione delle differenze tra i punteggi mmpi-2 iniziali e finali, potrebbe aiutare a chiarirne le cause, ma questa argomentazione sarà ripresa nella discussione finale.

Passando ai **punteggi** mmpi 2, questi normalmente sono punteggi T, con media di 50 e deviazione standard di 10. Poiché però i pazienti di VR sono casi borderline, non si prevede che queste caratteristiche tengano.

Numero scala	Scale mmpi 2	Media	Deviazione standard	Min	Max
	Menzogna (L)	43,9	16,4	3	76
	Frequenza (F)	68,3	21,3	11	108
	Correzione (K)	38,7	12,6	9	66
1	Ipocondria (Hs)	58,5	12,6	21	78
2	Depressione (D)	62,9	14,9	27	91
3	Isteria (Hy)	56,7	16,7	6	84
4	Deviazione Psicopatica (Pd)	64,7	14,9	26	90
5	Mascolinità – Femminilità (Mf)	47,8	9,7	31	69
6	Paranoia (Pa)	65,6	20	15	106
7	Psicastenia (Pt)	61,3	14,3	22	83
8	Schizofrenia (Sc)	67,6	18,4	25	98
9	Ipomania (Ma)	60,9	16,8	16	93
0	Introversione Sociale (Si)	54,9	12,3	23	81

Tabella 14 Statistiche descrittive mmpi 2 (n=50)

Nel campione in esame non risultano correlazioni significative tra la scala L e il grado di istruzione degli ospiti, come invece accade nel campione normativo (vedi pag. 21: “individui con un grado di educazione più elevato ottengono punteggi più bassi sulla scala L”).

Questi valori, quando testati con un Kolmogorov-Smirnov per normalità con media 50 e deviazione standard 10, non seguono la distribuzione normale con questi parametri tranne per mascolinità-femminilità.

Ma come noto si tratta di pazienti con disturbo di personalità borderline, perciò è possibile che la distribuzione sia normale ma con parametri diversi. Sempre il test Kolmogorov-Smirnov per la normalità, con media osservata e varianza osservata, dà luogo a questa distribuzione:

**Test di Kolmogorov-Smirnov con media e varianza osservata**

		L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI
Differenze più estreme	Assoluto	,134	,126	,097	,124	,116	,132	,109	,090	,130	,092	,080	,092	,096
	Positivo	,078	,059	,097	,076	,059	,062	,058	,090	,093	,064	,080	,056	,090
	Negativo	-,134	-,126	-,087	-,124	-,116	-,132	-,109	-,048	-,130	-,092	-,067	-,092	-,096
Z di Kolmogorov-Smirnov		,946	,888	,683	,876	,817	,935	,771	,635	,920	,648	,566	,650	,677
<b>Sig. Asint. a 2 code</b>		<b>,332</b>	<b>,409</b>	<b>,739</b>	<b>,427</b>	<b>,516</b>	<b>,347</b>	<b>,591</b>	<b>,815</b>	<b>,366</b>	<b>,795</b>	<b>,906</b>	<b>,792</b>	<b>,750</b>

**Tabella 15 Test K-S con media e ds osservata (n=50)**

I valori di p variano fra ,33 (lie) e ,91 (schizofrenia), perciò non c'è ragione di pensare che i punteggi non abbiano distribuzioni normali. Siccome nel capitolo precedente si è argomentato sulle differenze tra genere nell'espressione del disturbo di personalità borderline, si è controllato se le distribuzioni di punteggi MMPI differiscono, secondo il test Kolmogorov-Smirnov, per il sesso: i valori p non sono significativi con eccezione di mascolinità-femminilità ( $p=,011$ ), mentre gli altri punteggi hanno valori  $p>,05$ .

La conclusione è che le distribuzioni possono essere considerate approssimativamente normali (tranne mascolinità femminilità).



Il Kolmogorov Smirnov è un test omnibus che tiene in considerazione ogni aspetto della distribuzioni. Per le differenze tra genere, assodato che le distribuzioni sono approssimativamente normali, si possono fare Ttest per campioni indipendenti che sono maggiormente precisi sotto l'assunto che la distribuzione sia normale.

<b>Scale MMPI 2</b>	<b>Media uomini</b>	<b>Media donne</b>	<b>Differenza m-f</b>	<b>Valore t</b>	<b>p due code</b>
<b>L</b>	45,0	43,2	1,8	,37	,71
<b>F</b>	74,3	64,3	10,0	1,65	,10
<b>K</b>	41,8	36,6	5,2	1,42	,16
<b>HS</b>	60,2	54,3	5,9	1,22	,22
<b>D</b>	65,2	61,4	3,8	,88	,38
<b>HY</b>	58,4	58,6	-,3	,08	,94
<b>PD</b>	66,1	63,7	2,4	,56	,58
<b>MF</b>	52,2	44,8	7,4	2,84	<b>,01</b>
<b>PA</b>	66,6	65,00	1,6	,27	,78
<b>PT</b>	64,9	58,90	6,0	1,48	,14
<b>SC</b>	69,2	66,53	2,6	,49	,63
<b>MA</b>	63,8	58,97	4,7	,96	,33
<b>SI</b>	58,0	52,83	5,2	1,48	,15

**Tabella 16 T test differenze medie mmpi 2 uomini (20) donne (30), df 48**

Anche con questi test più efficienti si vede che le differenze in media fra i due generi non sono significative (tranne per mascolinità femminilità).

In sintesi, non sembrano esserci differenze fra uomini e donne nei punteggi alle scale mmpi 2 per i pazienti borderline di Villa Ratti (tranne per la scale mascolinità-femminilità). Le distribuzioni possono essere considerate normali, con deviazioni standard superiori alla norma di 10; per le medie vedere la tabella precedente.

La seguente tabella presenta le intercorrelazioni tra le scale di base, separando il campione per genere, per confrontarlo con i valori delle correlazioni nel campione normativo, illustrate nel manuale mmpi 2 adattamento italiano (Pancheri, Sirigatti, 2008).

**Intercorrelazioni tra maschi di Villa Ratti (n=20)**

	L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI
<b>L</b>	1												
<b>F</b>	-,444	1											
<b>K</b>	,759**	-,618**	1										
<b>HS</b>	-,098	,109	,077	1									
<b>D</b>	-,268	,405	-,158	,583**	1								
<b>HY</b>	,139	-,064	,330	,828**	,578**	1							
<b>PD</b>	-,202	,201	-,023	,204	,292	,339	1						
<b>MF</b>	-,213	-,054	-,056	,439	,141	,233	-,171	1					
<b>PA</b>	-,450*	,778**	-,570**	,095	,342	-,021	,195	,230	1				
<b>PT</b>	-,450*	,638**	-,429	,455*	,736**	,280	,112	,201	,600**	1			
<b>SC</b>	-,442	,832**	-,510*	,462*	,527*	,170	,167	,246	,742**	,778**	1		
<b>MA</b>	-,337	,461*	-,591**	,209	-,111	-,102	-,144	,311	,454*	,248	,589**	1	
<b>SI</b>	-,414	,433	-,596**	,304	,687**	,186	-,020	,082	,401	,713**	,471*	,085	1

Tabella 17 Intercorrelazioni scale di base (n=20). \* p< ,05 \*\* p< ,01

**Intercorrelazioni tra maschi nel campione normativo italiano (n=403)**

	L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI
<b>L</b>	1												
<b>F</b>	-,334	1											
<b>K</b>	-,590	-,537	1										
<b>HS</b>	-,389	,603	-,547	1									
<b>D</b>	-,210	,471	-,289	,586	1								
<b>HY</b>	-,042	,243	,165	,522	,495	1							
<b>PD</b>	-,420	,603	-,412	,553	,561	,445	1						
<b>MF</b>	-,268	,281	-,219	,338	,358	,367	,398	1					
<b>PA</b>	-,105	,533	-,112	,436	,354	,464	,511	,309	1				
<b>PT</b>	-,527	,719	-,743	,708	,648	,266	,671	,409	,462	1			
<b>SC</b>	-,509	,841	-,685	,719	,591	,278	,691	,374	,515	,903	1		
<b>MA</b>	-,234	,453	-,486	,344	,048	,003	,366	,259	,231	,481	,526	1	
<b>SI</b>	-,402	,521	-,571	,529	,573	,078	,426	,276	,205	,681	,647	,041	1

Tabella 18 Intercorrelazioni delle scale cliniche di base nel campione normativo italiano (maschi)

**Intercorrelazioni tra femmine di Villa Ratti (n=30)**

	L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI
<b>L</b>	1												
<b>F</b>	,449*	1											
<b>K</b>	,792**	,550**	1										
<b>HS</b>	,600**	,808**	,688**	1									
<b>D</b>	,341	,711**	,492**	,702**	1								
<b>HY</b>	,545**	,810**	,715**	,914**	,720**	1							
<b>PD</b>	,329	,834**	,598**	,771**	,748**	,796**	1						
<b>MF</b>	,428*	,492**	,326	,506**	,354	,483**	,384*	1					
<b>PA</b>	,497**	,878**	,632**	,710**	,629**	,724**	,835**	,442*	1				
<b>PT</b>	,270	,825**	,555**	,687**	,823**	,745**	,852**	,339	,787**	1			
<b>SC</b>	,189	,876**	,384*	,701**	,702**	,713**	,831**	,427*	,794**	,876**	1		
<b>MA</b>	,555**	,817**	,624**	,681**	,477**	,664**	,735**	,274	,811**	,682**	,707**	1	
<b>SI</b>	,295	,526**	,316	,540**	,804**	,520**	,463**	,415*	,426*	,627**	,555**	,202	1

**Tabella 19 Intercorrelazioni scale di base (n=30). \* p<,05 \*\* p<,01**

**Intercorrelazioni tra femmine nel campione normativo italiano (n=972)**

	L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI
<b>L</b>	1												
<b>F</b>	-,213	1											
<b>K</b>	,395	-,530	1										
<b>HS</b>	-,196	,607	-,524	1									
<b>D</b>	-,063	,493	-,305	,632	1								
<b>HY</b>	-,037	,337	,016	,642	,558	1							
<b>PD</b>	-,314	,676	-,403	,557	,572	,486	1						
<b>MF</b>	-,099	,062	-,103	,139	,214	,241	,175	1					
<b>PA</b>	-,159	,633	-,282	,518	,490	,495	,617	,219	1				
<b>PT</b>	-,317	,707	-,703	,732	,705	,391	,661	,196	,564	1			
<b>SC</b>	-,318	,849	-,649	,708	,605	,395	,721	,120	,658	,877	1		
<b>MA</b>	-,166	,542	-,487	,398	,132	,118	,435	,018	,350	,498	,594	1	
<b>SI</b>	-,207	,424	-,499	,465	,632	,162	,377	,210	,263	,657	,552	,009	1

**Tabella 20 Intercorrelazioni delle scale cliniche di base nel campione normativo italiano (femmine)**

Confrontando i valori delle intercorrelazioni delle scale di base nel campione normativo e nel campione di questo studio, emerge che in quest'ultimo i valori di R sono più elevati rispetto alla norma. Inoltre si evidenzia come le scale siano intercorrelate tra di loro tutte con segno positivo, al contrario di quello che accade nel campione normativo.

Inoltre risulta che la correlazione tra le scale Psicastenia e Schizofrenia è superiore a ,80 ma solo per le 30 donne (R=,88), mentre per i 20 ospiti maschi è inferiore (R=,78). Nel prossimo paragrafo verranno specificate le ragioni di queste differenze, che risiedono nella particolare distribuzione dei punteggi mmpi 2 del campione.

### 4.3 Correlazioni tra scale mmpi 2 e percentuali degli interventi

È stata analizzata in principio la relazione tra punteggi mmpi 2 e durata di permanenza in struttura: non risultano correlazioni significative (tranne per la scala mascolinità-femminilità), né standardizzando i punteggi (elevati al quadrato per correlare con le deviazioni standard) né eliminando i 4 pazienti con la permanenza minore (da 0 a 60 gg) e i 4 con la presenza maggiore (da 700 al valore massimo), riducendo quindi il campione a n=43 soggetti.

I valori delle correlazioni nel campione originario di n=50 ospiti sono raffigurati nella seguente tabella:

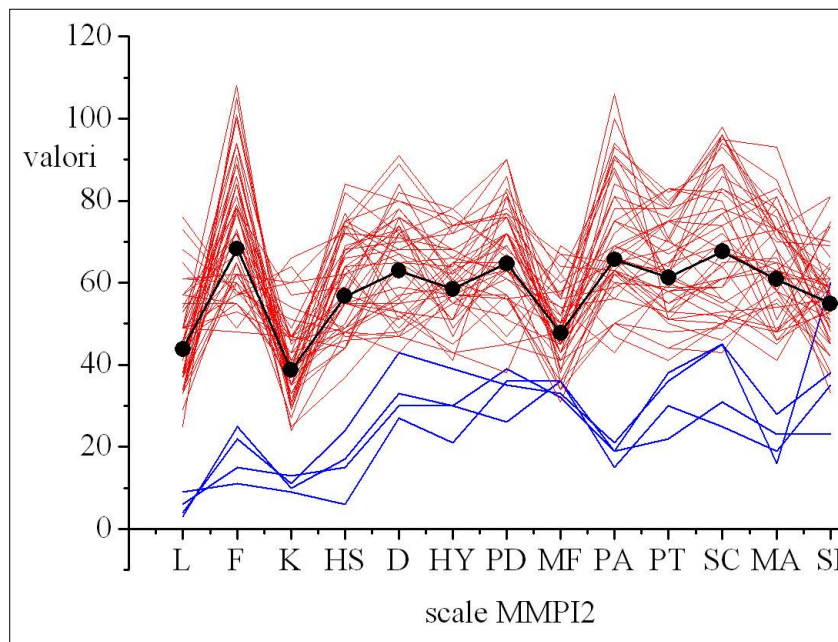
Scale mmpi2	durata presenza (gg)	
	R di Pearson	Significatività
<b>Menzogna</b>	-,008	,956
<b>Frequenza</b>	-,141	,33
<b>Correzione</b>	-,027	,85
<b>Depressione</b>	-,053	,715
<b>Ipocondria</b>	-,019	,89
<b>Isteria</b>	,019	,89
<b>Deviazione Psicopatica</b>	,015	,92
<b>MascFem</b>	-,249	,08
<b>Paranoia</b>	-,187	,19
<b>Psicastenia</b>	-,144	,32
<b>Schizofrenia</b>	-,140	,33
<b>Ipomania</b>	-,181	,21
<b>Introversione sociale</b>	,090	,53

Tabella 21 correlazioni tra durata della presenza e punteggi mmpi 2 (n=50)

Da questa tabella emerge che la durata della presenza in Comunità non è associata ai punteggi delle scale mmpi 2, con l'unica eccezione di mascolinità-femminilità.

Per ottenere le correlazioni tra punteggi delle scale mmpi 2 e le percentuali delle attività previste dal piano terapeutico riabilitativo di Villa Ratti, si è proceduto innanzitutto al calcolo delle percentuali di tutti gli interventi e all'analisi delle loro frequenze.

Tuttavia un'analisi preliminare dei valori dei punteggi mmpi 2 evidenzia la presenza di 4 pazienti outlier che hanno valori inferiori a 40 (con qualche eccezione) su tutte le scale, e quindi rappresentano dei soggetti effettivamente "estremi". Questi soggetti determinano effetti di collinearità tra le scale che influenzano gli esiti delle correlazioni e delle regressioni, come si vedrà più avanti.



**Fig. 3** distribuzione dei punteggi mmpi 2 (n=50). I punti rappresentano le medie.

Nel caso in cui vi sia un'elevazione in tutte o quasi le scale cliniche pari o superiore a 65 punti T, si parla di "profilo fluttuante" (floating profile). Il profilo fluttuante, rappresentato in questa figura solo per alcuni soggetti ma non per i punteggi medi, è tipico delle persone con disturbo borderline di personalità, in quanto l'elevazione di più scale corrisponde alla varietà di sintomi che si presentano spesso in questo quadro psicopatologico.

Dunque i risultati delle correlazioni con le percentuali di intervento sono stati raccolti in una sola tabella, qui di seguito illustrata:

	scale mmpi 2												
	L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI
Int2% R	-0,36		-0,35	-0,33		-0,41							
p	0,01		0,012	0,02		0,003							
Int5% R									-0,29			-0,40	
p									0,035			0,004	
Int9% R	-0,41	-0,37	-0,32	-0,42	-0,35	-0,39	-0,29		-0,35			-0,29	-0,29
p	0,003	0,008	0,025	0,002	0,013	0,004	0,035		0,013			0,43	0,042
Int10% R	-0,31								-0,32			-0,31	
p	0,031								0,022			0,027	
Int22% R													0,38
p													0,006
Int914% R								0,35					
p								0,014					
Int915% R	0,41		0,39	0,29								0,29	
p	,003		0,004	0,04								0,04	
Int918% R		0,35		0,42	0,34	0,37					0,3	0,3	
p		0,013		0,002	0,014	0,009					0,036	0,03	
Int9918% R													
p													

Tabella 22 correlazioni tra scale mmpi 2 e percentuali interventi (n=50)

Le attività sono state anche suddivise per **macrocategorie**, distinguendo in modo arbitrario a seconda dell'area di intervento (clinica – da intervento 1 a intervento 8, riabilitativa – da intervento 9 a intervento 13, riunioni e altri gruppi – da intervento 14 a intervento 918) ma non sono emerse correlazioni significative con le scale mmpi 2, perciò non si indaga ulteriormente in questa direzione.

Le tipologie di intervento sono riportate in questa legenda:

<b>CODICE</b>	<b>Tipo intervento</b>	<b>Abbreviazione</b>
1	Colloquio individuale	colind
2	Attività di valutazione	valut
3	Psicoterapia individuale	psitind
4	Psicoterapia della famiglia	psifam
5	Psicoterapia di gruppo	psitgrp
6	Colloquio con familiari	collfam
8	Gruppo di familiari	grupfam
9	Laboratorio artistico	labart
10	Laboratorio di ortoflorovivaismo	labortf
11	Laboratorio di informatica	labinf
12	Gruppo cucina	grcucina
13	Gruppo casa	grcasa
14	Gruppo donne	grdonne
15	Gruppo uomini	gruomini
16	Gruppo dipendenze	grdipen
22	Gruppo lettura	grlettura
911	Riunioni sui casi	riuncaso
912	Riunione con strutture sanitarie, altri enti	riunstrut
913	Riunione con persone, gruppi non istituzionali	riunpers
914	Intervento individuale su abilità di base, interpersonali, sociali	intbase
915	Gruppo su abilità di base, interpersonali, sociali	grbase
916	Intervento individuale di risocializzazione	indrisoc
917	Gruppo di risocializzazione	grrisoc
918	Gruppo di attività espressive	attespr

Dalla tabella delle correlazioni risulta che:

- la scala mascolinità-femminilità (MF) correla solo con la percentuale dell'intervento 914 (intervento individuale su abilità di base, interpersonali, sociali);
- i valori di deviazione psicopatica (Pd) sono associati solo alla partecipazione al laboratorio artistico (int9%), mentre la percentuale di questo intervento mostra correlazioni significative con quasi tutte le scale;
- i punteggi alla scala schizofrenia (Sc) correlano solo con la percentuale del laboratorio "attività espressive" (int 918);

- nessuna scala mmpi 2 correla con la variabile congiunta 9-918, che riunisce entrambe le attività artistiche;
- per quanto riguarda le percentuali dei laboratori di riabilitazione, non vi sono correlazioni tra i punteggi mmpi2 e i laboratori di informatica, cucina, e gruppo casa (interventi 11, 12, 13);
- la scala psicastenia (Pt) non è correlata con nessuna percentuale di intervento.

In particolare emerge che tutte le correlazioni hanno valori piuttosto deboli, con R compreso tra 0,3 e 0,4, quindi i punteggi alle scale mmpi 2 non sono molto associati alle percentuali di interventi previsti dal Progetto Terapeutico Riabilitativo di Villa Ratti.

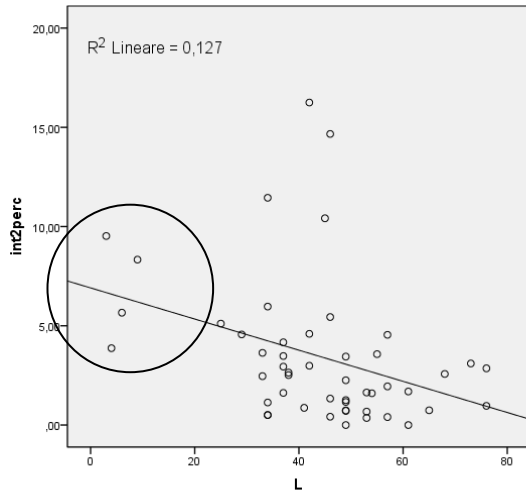
Peraltro in molti casi due scale hanno valori simili o uguali di R e di significatività nella correlazione con la percentuale di un intervento:

- Menzogna e Correzione nella relazione con la percentuale di valutazioni (int2%),
- Menzogna e Ipocondria da una parte, Depressione e Paranoia dall'altra, con la percentuale di int9 (laboratorio artistico),
- Ipocondria e Ipomania con la percentuale del gruppo abilità di base (int915%).

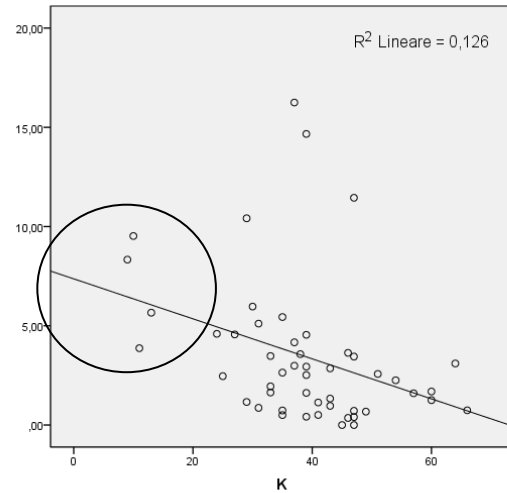
Questi dati influenzano significativamente i risultati, poiché più scale si sovrappongono nella correlazione con la presenza degli interventi, esacerbando i problemi di sovrapposizione tra gli item precedentemente descritti.



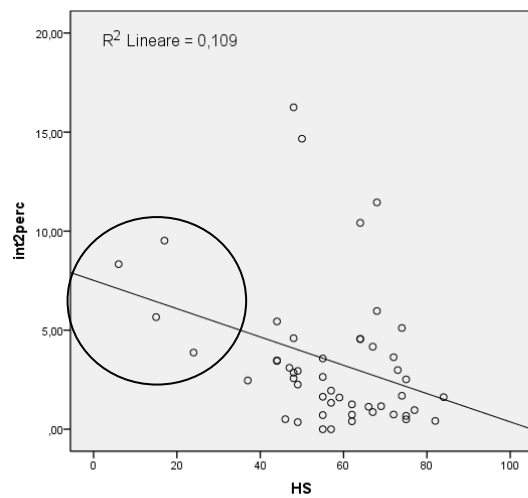
Dagli scatterplot raffiguranti le correlazioni si possono notare i pazienti outlier, ad esempio per quanto riguarda le correlazioni tra i punteggi mmpi 2 e la percentuale di valutazioni (in2%):



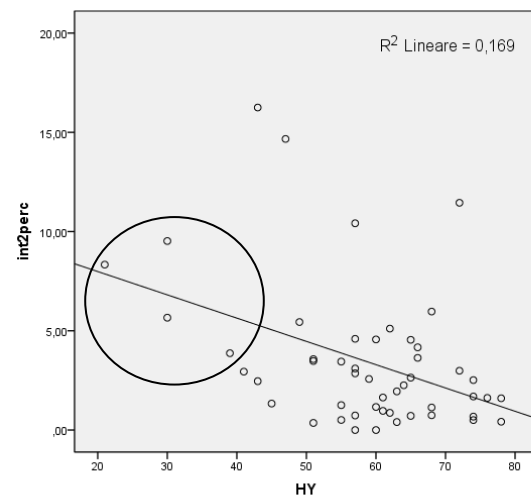
Correlazione negativa tra la percentuale di valutazioni e la scala Lie:  $R = -,357$  ( $p = ,011$ )



Correlazione negativa tra la percentuale di valutazioni e scala Correzione:  $R = -,354$  ( $p = ,012$ )



Correlazione negativa tra la percentuale di valutazioni e la scala Ipocondria:  $R = -,331$  ( $p = ,02$ )



Correlazione negativa tra la percentuale di valutazioni e la scala Isteria:  $R = -,411$  ( $p = ,003$ )

**Fig. 4 Int2perc = percentuale valutazioni (n=50)**

I 4 pazienti outlier evidenziati in Fig. 3 risultano chiaramente da questi scatterplot per i punteggi molto bassi nelle scale mmpi 2 (aree cerchiare). Questo sottogruppo di

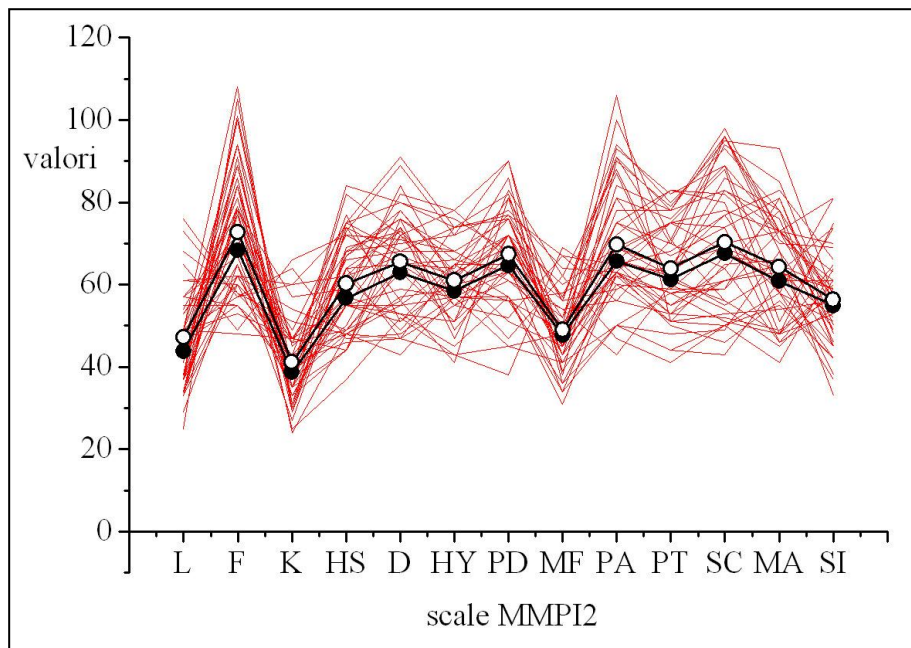
individui appare anche negli scatterplot delle altre correlazioni (non mostrati), pertanto l'analisi delle correlazioni tra le scale del mmpi 2 e le percentuali di intervento non è stata portata avanti ulteriormente con questo campione.

Quindi nel campione senza outlier (n=46) la distribuzione dei punteggi mmpi 2 assume queste caratteristiche:

Scale mmpi 2	Codice	Numero	Media	ds	Minimo	Massimo
Menzogna	<b>L</b>		47,2	12,3	25	76
Frequenza	<b>F</b>		72,7	15,7	48	108
Correzione	<b>K</b>		41,1	9,9	24	66
Ipocondria	<b>Hs</b>	<b>1</b>	60,3	11,6	37	84
Depressione	<b>D</b>	<b>2</b>	65,5	12,4	43	91
Isteria	<b>Hy</b>	<b>3</b>	61	9,6	41	78
Deviazione Psicopatica	<b>Pd</b>	<b>4</b>	67	12,2	38	90
Mascolinità-Femminilità	<b>Mf</b>	<b>5</b>	48,9	9,2	31	69
Paranoia	<b>Pa</b>	<b>6</b>	69,7	14,8	43	106
Psicastenia	<b>Pt</b>	<b>7</b>	63,9	11,5	41	83
Schizofrenia	<b>Sc</b>	<b>8</b>	70,3	16,3	43	98
Ipomania	<b>Ma</b>	<b>9</b>	64,3	12,5	41	93
Introversione Sociale	<b>Si</b>	<b>0</b>	56,3	11,1	33	81

**Tabella 23** statistiche descrittive punteggi mmpi 2 senza outlier (n=46)

Questi valori, rispetto al campione precedente, hanno i punteggi minimi più alti proprio perché sono stati eliminati quei soggetti outlier con punteggi molto bassi, ragione per cui anche la deviazione standard diminuisce sensibilmente.



**Fig. 5 distribuzione dei punteggi mmpi 2 nel campione senza outlier (n=46): medie a confronto**

Nella figura 5 si può osservare che le medie dei punteggi nel campione senza outlier non si discostano più di tanto da quelle del campione senza, a causa del numero ridotto dei soggetti “estremi”. Tuttavia la distribuzione è senza dubbio più compatta.

Dall’analisi non parametrica Kolmogorov-Smirnov con media e varianza osservata, emerge quanto illustrato nella seguente tabella:

Test di Kolmogorov-Smirnov con media e varianza osservata														
		<b>l</b>	<b>f</b>	<b>k</b>	<b>hs</b>	<b>d</b>	<b>hy</b>	<b>pd</b>	<b>mf</b>	<b>pa</b>	<b>pt</b>	<b>sc</b>	<b>ma</b>	<b>si</b>
Differenze più estreme	Assol	,12	,14	,13	,11	,1	,07	,11	,11	,15	,12	,11	,1	,09
	Pos	,12	,14	,13	,11	,1	,05	,06	,11	,15	,07	,11	,09	,09
	Neg	-,08	-,07	-,06	-,08	-,09	-,07	-,11	-,05	-,07	-,12	-,08	-,1	-,07
Z di K-S		,79	,96	,87	,78	,71	,52	,72	,73	1,02	,78	,72	,71	,66
<b>Sig. Asint. a 2 code</b>		<b>,56</b>	<b>,31</b>	<b>,44</b>	<b>,57</b>	<b>,69</b>	<b>,94</b>	<b>,68</b>	<b>,66</b>	<b>,25</b>	<b>,57</b>	<b>,67</b>	<b>,69</b>	<b>,78</b>

**Tabella 24 Test K-S con media e ds osservata per campione senza outlier (n=46)**

I valori di p variano tra 0,25 (paranoia) e 0,94 (isteria), perciò anche in questo caso non c'è ragione di pensare che la distribuzione non sia normale.

Per le differenze di genere in questo campione ridotto, è stato rifatto il T Test per campioni indipendenti:

Scale MMPI 2	Media uomini	Media donne	Differenza m-f	Valore t	p due code
<b>L</b>	45,0	49,0	-4,0	-1,1	0,28
<b>F</b>	74,3	71,4	2,9	-1,1	0,55
<b>K</b>	41,8	40,6	1,2	0,61	0,69
<b>Hs</b>	60,2	60,3	-0,1	0,59	0,98
<b>D</b>	65,2	65,7	-0,5	0,4	0,89
<b>Hy</b>	58,4	63,0	-4,7	0,37	0,10
<b>Pd</b>	66,1	68,3	-2,2	-0,03	0,56
<i>mf</i>	<i>52,3</i>	<i>46,4</i>	<i>5,8</i>	<i>-0,03</i>	<b><i>0,03</i></b>
<b>pa</b>	66,6	72,2	-5,6	-0,14	0,21
<b>pt</b>	64,9	63,1	1,8	-0,15	0,61
<b>sc</b>	69,2	71,2	-2,0	-1,68	0,68
<b>ma</b>	63,8	64,7	-1,0	-1,66	0,79
<b>si</b>	58,0	55,0	3,0	-0,59	0,36

**Tabella 25 T test differenze medie mmpi 2 tra uomini (n=20) e donne (n=26)**

Anche in questo caso, come nel campione con gli outlier, le differenze in media tra i due generi non sono significative, tranne per la scala 5, mascolinità-femminilità. Inoltre anche in questo campione ridotto non risultano correlazioni significative tra la scala Menzogna (L) e il grado di istruzione degli ospiti, come invece accade nel campione normativo (vedi pag. 21: “individui con un grado di educazione più elevato ottengono punteggi più bassi sulla scala L”).

Le intercorrelazioni tra le scale cliniche di base nel campione senza outlier sono rappresentate nella seguente tabella, dove i punteggi sono relativi solo alle femmine in quanto i 4 pazienti outlier rispetto ai punteggi mmpi 2 erano tutti di sesso femminile:

**Intercorrelazioni tra femmine di Villa Ratti senza outlier (n=26)**

	L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI
<b>L</b>	1												
<b>F</b>	-,572**	1											
<b>K</b>	,380	-,421*	1										
<b>HS</b>	-,156	,407*	-,007	1									
<b>D</b>	-,396*	,397*	-,138	,359	1								
<b>HY</b>	-,226	,459*	,158	,744**	,416*	1							
<b>PD</b>	-,641**	,600**	-,036	,448*	,530**	,548**	1						
<b>MF</b>	,034	,171	-,216	,196	,043	,174	,026	1					
<b>PA</b>	-,395*	,656**	-,110	,151	,230	,253	,606**	,069	1				
<b>PT</b>	-,652**	,613**	-,067	,259	,677**	,428*	,717**	-,006	,546**	1			
<b>SC</b>	-,579**	,845**	-,244	,464*	,510**	,499**	,726**	,204	,672**	,805**	1		
<b>MA</b>	-,203	,497**	-,101	,111	-,072	,136	,366	-,241	,493*	,313	,497**	1	
<b>SI</b>	-,125	,280	-,174	,255	,769**	,196	,232	,299	,108	,475*	,387	-,292	1

**Tabella 26 Intercorrelazioni scale di base (n=26). \* p<,05 \*\* p<,01**

**Intercorrelazioni tra femmine nel campione normativo italiano (n=972)**

	L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI
<b>L</b>	1												
<b>F</b>	-,213	1											
<b>K</b>	,395	-,530	1										
<b>HS</b>	-,196	,607	-,524	1									
<b>D</b>	-,063	,493	-,305	,632	1								
<b>HY</b>	-,037	,337	,016	,642	,558	1							
<b>PD</b>	-,314	,676	-,403	,557	,572	,486	1						
<b>MF</b>	-,099	,062	-,103	,139	,214	,241	,175	1					
<b>PA</b>	-,159	,633	-,282	,518	,490	,495	,617	,219	1				
<b>PT</b>	-,317	,707	-,703	,732	,705	,391	,661	,196	,564	1			
<b>SC</b>	-,318	,849	-,649	,708	,605	,395	,721	,120	,658	,877	1		
<b>MA</b>	-,166	,542	-,487	,398	,132	,118	,435	,018	,350	,498	,594	1	
<b>SI</b>	-,207	,424	-,499	,465	,632	,162	,377	,210	,263	,657	,552	,009	1

**Tabella 27 Intercorrelazioni delle scale cliniche di base nel campione normativo italiano (femmine)**

Confrontando i valori delle intercorrelazioni delle scale di base nel campione normativo con quelli nel campione senza outlier, in quest'ultimo risultano valori di R più bassi e con i segni appropriati tra le scale di controllo: L e K sono correlate negativamente con F, a differenza del campione con outlier. Tuttavia rimane ancora

una valore di poco superiore a 0,80 della correlazione tra le scale Schizofrenia e Ipomania, come descritto precedentemente (pag 35).

Le **correlazioni** tra le scale mmpi 2 e le percentuali di interventi sono illustrate nella seguente tabella:

	scale mmpi 2												
	L	F	K	HS	D	HY	PD	MF	PA	PT	SC	MA	SI
Int1% R									0,34				
p									*				
Int2% R	-24	0,1	-0,24	-0,18		-0,3						0,35	-24
p	0,11	0,6	0,11	0,23		*						*	0,11
Int5% R												-0,42	
p												**	
Int9% R					-0,14				-0,08				
p					0,36				0,6				
Int10% R													
p													
Int22% R								-0,34					
p								*					
Int911% R								0,38	-0,33				
p								**	*				
Int914% R													
p													
Int915% R													
p													
Int918% R													
p													

Tabella 28 correlazioni senza outlier (n=46) \*p<,05 \*\*p<,01

Gli effetti della rimozione dei 4 outlier sulle correlazioni sono notevoli. Per quanto riguarda la percentuale di **valutazioni (int2%)** si nota che, mentre nei 50 casi le correlazioni tra le scale sono positive (anche tra L, F e K), in questo campione di 46 pazienti le correlazioni delle scale ora hanno i segni appropriati tra di loro (L e K sono correlate negativamente con F). Si può osservare inoltre che tra Ipocondria (HS) ed Isteria (HY), solo quest'ultima dimensione di personalità è rimasta correlata significativamente a int2%.

Inoltre l'aspetto più evidente è che per la percentuale di **laboratorio artistico (int9%)** non si ha più alcuna correlazione significativa, a differenza del campione precedente in cui questa era correlata con quasi tutte le scale mmpi 2. In dettaglio si

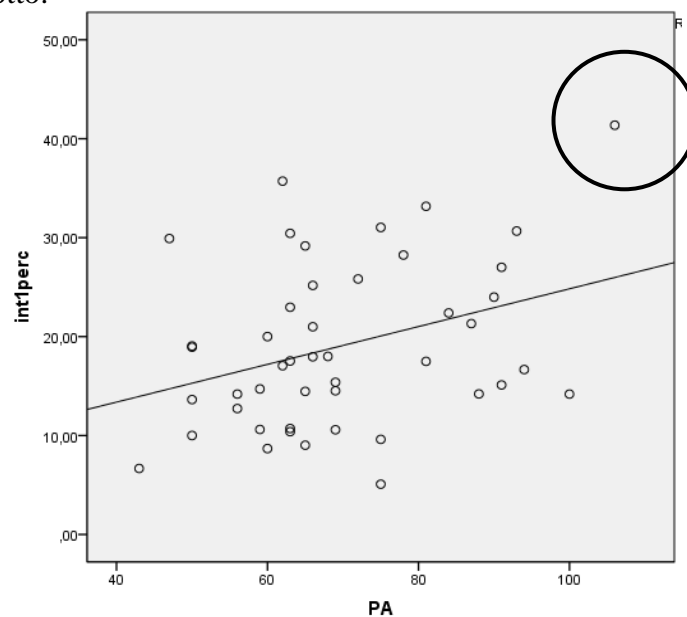
osserva anche che i valori di R e di p della relazione con le scale Depressione e Paranoia, nonostante non siano significativi, sono molto diversi tra loro, a differenza del campione con gli outlier.

Anche la percentuale del laboratorio di **ortoflorovivismo (int10%)** non mostra più alcuna correlazione.

Invece rimane significativo il legame tra la scala introversione sociale e la percentuale del **gruppo lettura (int22%)**, sebbene questo abbia una frequenza molto bassa (effettuato solo 7 volte su 14540 interventi totali).

Infine, un'altra differenza evidente rispetto al campione con gli outlier è la scomparsa di correlazioni significative tra i punteggi mmpi 2 e le percentuali del Gruppo su abilità di base, interpersonali e sociali (int915%) e del Gruppo di attività espressive (int918%).

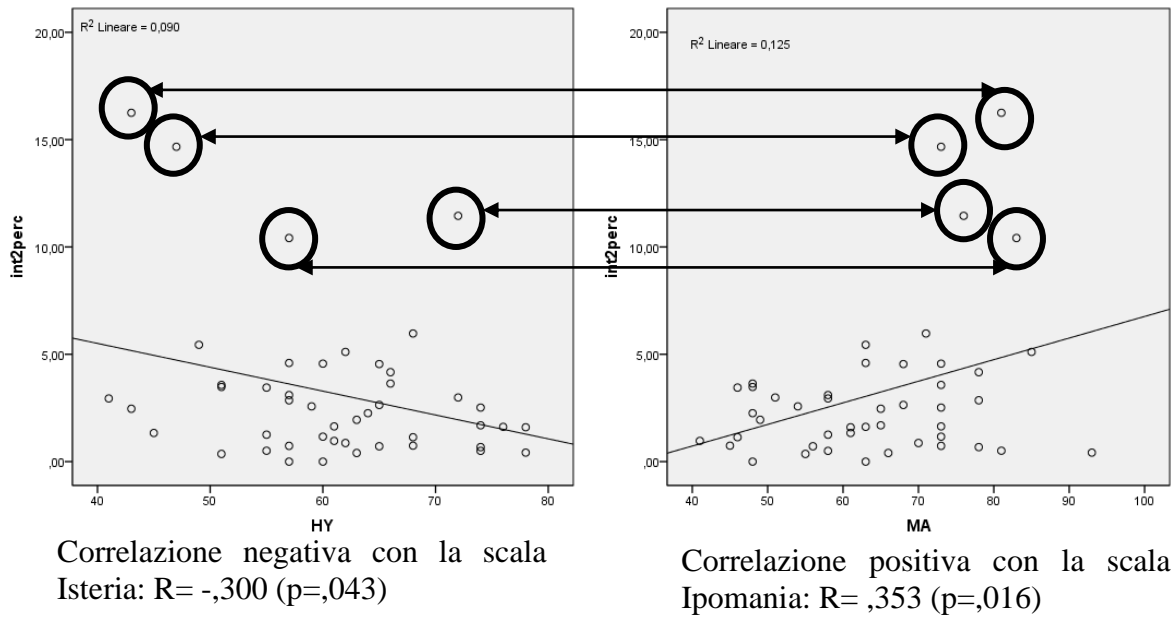
Qui di seguito sono illustrati gli scatterplot delle correlazioni significative in questo campione ridotto:



Correlazione positiva della percentuale di colloqui individuali con la scala Paranoia:  
 $R=,339$  ( $p=,021$ )

**Fig 6 Int1perc = percentuali colloquio individuale (n=46)**

Nel grafico di fig. 6 si osserva la presenza di un singolo paziente (nel cerchio) con una percentuale alta di colloqui individuali (oltre 40%, su una percentuale media di 18,5%), a fronte di un punteggio elevato nella scala Paranoia.



**Fig 7 Int2perc = percentuali valutazioni (n=46)**

In entrambi i grafici di figura 7 si nota la presenza di 4 soggetti con un'alta percentuale di valutazioni (tra 10% e 15%, a fronte di una percentuale di 2,3% di valutazioni sul totale degli interventi), con punteggi uniformi di Isteria, ed elevati in Ipomania. Questi 4 pazienti sono gli stessi, e consistono in 2 maschi (di 21 e 23 anni) e 2 femmine (di 18 e 28 anni), tre con licenza media inferiore, e un maschio con licenza di scuola superiore. Nello grafico di Isteria si nota un effetto di alzamento della retta (costante) dovuto a quei 4 soggetti, mentre per Ipomania si sospetta che questi outlier influenzino l'inclinazione della retta di regressione. Si vuole calcolare quindi il valore di **leverage** di questi 4 casi che hanno potenzialmente un effetto sulle stime di regressione. In generale dev'essere esaminato attentamente un punto con leverage maggiore di  $(2k+2)/n$ , dove  $k$  è il numero dei predittori e  $n$  è il numero delle osservazioni. Quindi un valore che superi  $(2*2+2)/46 = 0,13$  dovrebbe essere preso in considerazione.



## Statistiche di valori anomali

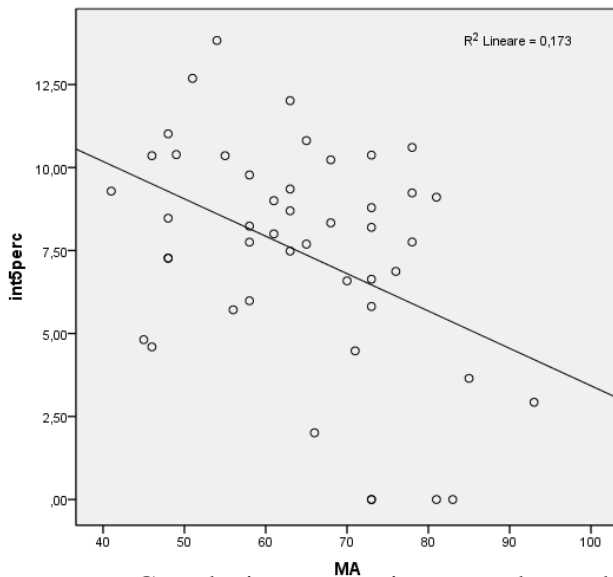
	Numero di caso	numpaz	Statistica	
Residuo Stud. cancellato	1	16	36	3,504
	2	35	10	3,219
	3	46	34	2,922
	4	62	61	-1,684
	5	6	15	1,598
	6	60	58	-1,324
	7	38	21	-1,216
	8	59	57	-1,109
	9	32	5	-1,095
	10	5	14	-,965
Valore d'influenza	<b>1</b>	<b>60</b>	<b>58</b>	<b>,181</b>
	2	16	36	,122
	3	3	12	,101
	4	10	20	,079
	5	33	7	,078
	6	50	42	,072
	7	14	30	,067
	8	44	32	,065
	9	32	5	,063
	10	48	38	,061

Tabella 29 Leverage nella correlazione tra Ma e int2perc

Come si può vedere da questa tabella, solo un caso osservato è risultato con un valore di leverage pari a ,18, quindi di poco superiore a ,13. Però questa paziente non è tra i 4 soggetti outlier evidenziati nel grafico di cui sopra, i quali, pertanto, non hanno un effetto significativo sulla pendenza della retta di regressione. Data la mancanza di ulteriori informazioni sui pazienti, non vengono calcolati i residui.

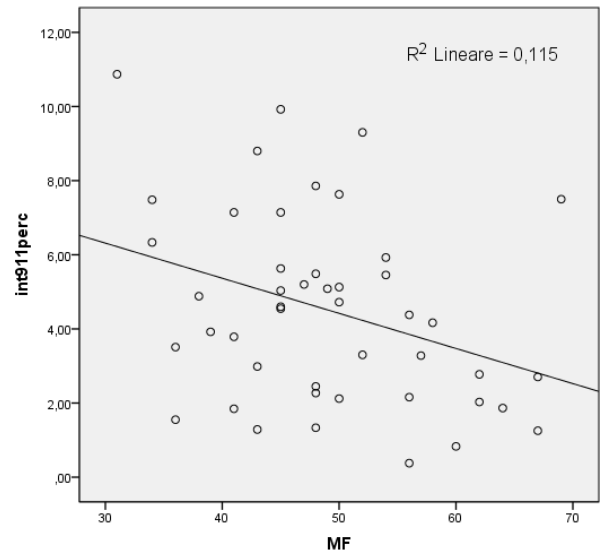
Queste analisi consentono di non eliminare alcun soggetto dal campione già ridotto, anche perché non siamo in presenza di pazienti con punteggi mmpi2 estremi in tutte le scale come nel campione di 50 soggetti.

Si osservano quindi i grafici delle correlazioni tra le scale mmpi2 e gli altri interventi.



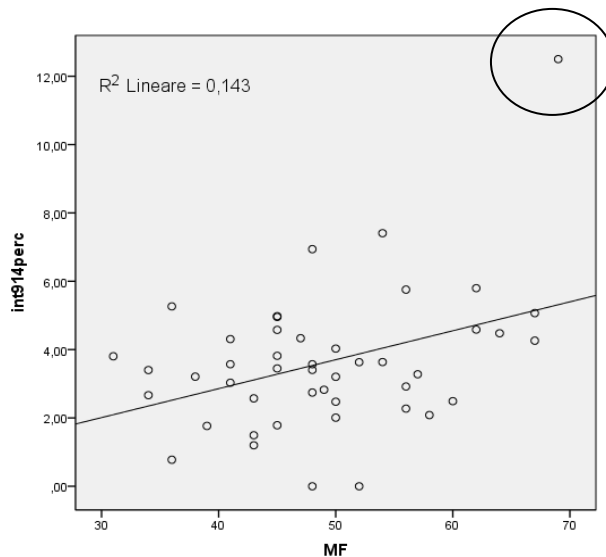
Correlazione negativa con la scala Ipomania:  $R = -,416$  ( $p = ,004$ )

**Fig 8 Int5perc = percentuali psicoterapia di gruppo (n=46)**



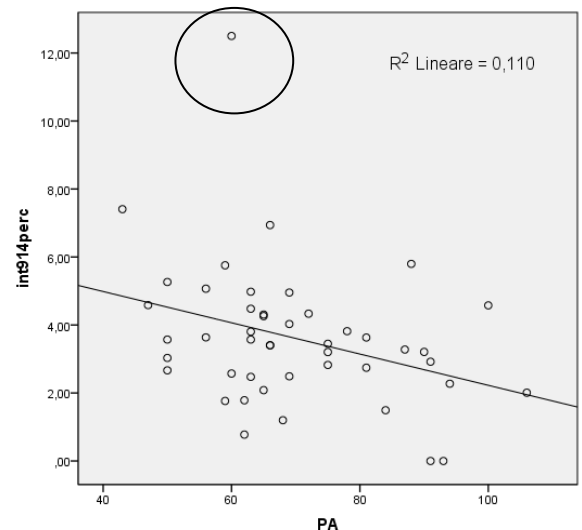
Correlazione negativa con la scala mascolinità-femminilità:  $R = -,340$  ( $p = ,021$ )

**Fig 9 Int911perc = % Riunione sui casi (n=46)**



Correlazione positiva con la scala mascolinità-femminilità:  $R = ,379$  ( $p = ,009$ )

**Fig 10 Int914perc = % Intervento individuale su abilità di base, interpersonali, sociali (n=46)**



Correlazione negativa con la scala paranoia:  $R = -,331$  ( $p = ,024$ )

In questi grafici di figura 10 si evidenzia la presenza di un soggetto outlier con un'alta percentuale di interventi individuali su abilità di base, interpersonali, sociali (int914) (12,5%, rispetto alla percentuale totale di 3,8%) e alti valori di mascolinità-

femminilità (69), insieme a punteggi di paranoia alti (60) rispetto alla popolazione generale (punti T con media 50), ma bassi in questo campione di pazienti borderline. Questo soggetto è lo stesso che ha punteggi bassi di Isteria (43) e molto alti di Ipomania (81) rappresentati nello scatterplot delle correlazioni con le percentuali di valutazioni, è di sesso maschile, di anni 23, ed è l'unico con titolo di studio superiore.

Infine, sono state analizzate ancora le correlazioni con le **macrocategorie** descritte precedentemente (pag 56), ma anche con questo campione senza outlier non risultano correlazioni significative.

## 4.4 REGRESSIONI MULTIPLE NEL CAMPIONE SENZA OUTLIER (n=46)

Int%	R <sup>2</sup>	B	variabili predittive (sex, tits2, scale mmpi2)													
			sex	Tits2	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma
1	,11	B										,19 *				
2	,39	B														
3	,33	B	1,8 *	2,5 **												
5	,17	B														
6	,28	B														
12	,11	B	-1,3 *													
914	,27	B														
917	,12	B	-2,5 *													

Tabella 30 regressioni multiple (criterio "backward": variabili predittive fino a p&lt;,05) \*p&lt;,05 \*\*p&lt;,01

\*\*\*p&lt;,005

CODICE	Tipo intervento
1	Colloquio individuale
2	Attività di valutazione
3	Psicoterapia individuale
5	Psicoterapia di gruppo
6	Colloquio con familiari
12	Gruppo cucina
914	Intervento individuale su abilità di base, interpersonali, sociali
916	Intervento individuale di risocializzazione
917	Gruppo di risocializzazione

È stata condotta un'analisi delle regressioni multiple per trovare il valore predittivo delle scale mmpi2 e delle variabili sesso e titolo di studio, rispetto alle percentuali di interventi. È stato utilizzato il metodo stepwise (passo a passo) "backwards",

eliminando le variabili predittive una ad una finché non rimangono quelle con un valore di significatività  $p < ,05$ . La variabile **sex** è stata divisa in **0=maschi**, **1=femmine**: l'interpretazione del coefficiente sesso è che si aumenta (o diminuisce) la percentuale di interventi per le femmine (a seconda del valore del coefficiente). Il **grado di istruzione (tits2)** è stato dicotomizzato in obbligo (0) e post-obbligo (1). Tutti i risultati sono presi singolarmente. Non ci sono, nelle significatività, correzioni (ad es di Bonferroni) per il fatto che si tratta di test multipli non programmati a priori.

**Predittore di int1% (colloqui individuali)**: dalla regressione multipla è risultato come unico predittore la scala Paranoia ( $p = ,021$ ,  $R^2 = ,115$ ) che era già correlata singolarmente con la percentuale di colloqui individuali (fig. 6 pag. 65). Le variabili di genere e titolo di studio vengono eliminate quasi subito, quindi non hanno effetto sulla percentuale di colloqui individuali (neanche se analizzate da sole). Questa regressione può essere interpretata così: all'aumentare di 10 punti di Paranoia, aumenta di 2 la percentuale di colloqui individuali effettuati dai pazienti di Villa Ratti.

**Predittori di int2% (valutazioni)**: sono risultate significativamente predittive della percentuale di valutazioni molte scale mmpi-2: **Ipomania** ( $p = ,004$ ) e **Isteria** ( $p = ,014$ ), che erano già correlate singolarmente, oltre a **mascolinità-femminilità** ( $p = ,04$ ), **Psicastenia** ( $p = ,01$ ) e **Schizofrenia** ( $p = ,049$ ), con  $R^2 = ,390$ . L'interpretazione è la percentuale di valutazioni: aumenta di 1,3 per ogni 10 punti di Ipomania, diminuisce di 1,3 ogni 10 punti di Isteria, aumenta di 1 ogni 10 punti di mascolinità-femminilità, aumenta di quasi 2 ogni 10 punti di Psicastenia e aumenta di 1,1 ogni 10 punti di Schizofrenia.

**Predittori di int3% (psicoterapia individuale)**: emergono come variabili predittive della percentuale di psicoterapie individuali le scale mmpi2 **Correzione** ( $p = ,049$ ) ed **Introversione Sociale** ( $p = ,009$ ), oltre a **sex** ( $p = ,03$ ) e **titolo di studio** ( $p = ,009$ ), con  $R^2 = ,330$ . Senza titolo di studio e sesso si registra l'assenza di predittori significativi. Queste variabili dunque contribuiscono a spiegare, tutte insieme, il 33% della

variabilità delle psicoterapie individuali (in percentuale): la percentuale di psicoterapie individuali aumenta di quasi 2 punti per le donne rispetto agli uomini, aumenta di 2,5 per chi ha un titolo di studio post-obbligo rispetto ai soggetti che hanno frequentato solo le scuole dell'obbligo, aumenta di 1 per ogni punto in più di Correzione, ed aumenta di 1 per ogni 10 punti di introversione sociale. Il valore predittivo del titolo di studio (non dicotomizzato) verso la percentuale di psicoterapie individuali è confermato anche dalla correlazione che queste due variabili mostrano singolarmente nel campione intero di 50 pazienti, nonostante dalla tabella di contingenza tot interventi \* titolo di studio non emergessero risultati significativi. La correlazione è rappresentata nella seguente figura:

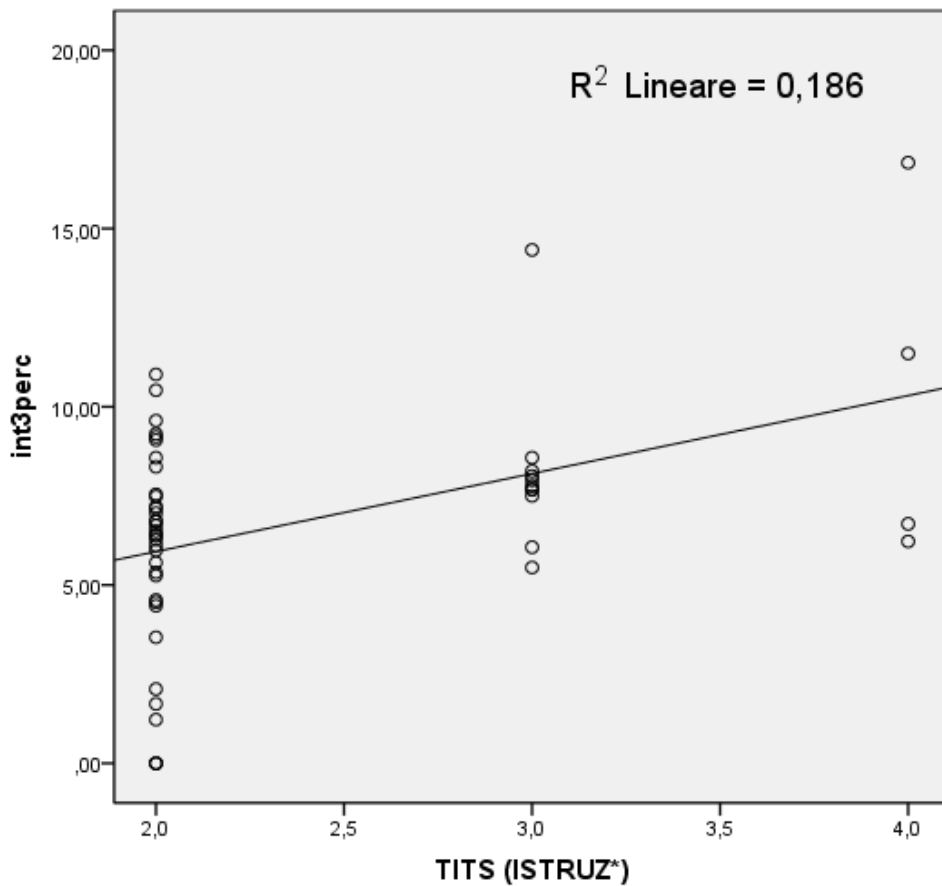


Figura 11 correlazione tra titolo di studio e percentuale di psicoterapie individuali (n=50, p=,002)

**Predittore di int5% (psicoterapia di gruppo):** risulta come variabile predittiva della percentuale di psicoterapie di gruppo la scala **Ipomania** (p=,004,  $R^2=,173$ ), che correlava già singolarmente con int5%. Il valore di questa scala risulta quindi

significativamente predittivo e spiega il 17% della variabilità dell'intervento psicoterapia di gruppo (espresso in percentuali), nel seguente modo: per ogni punto su questa scala, diminuisce di 0,1 la percentuale di questo intervento.

**Predittori di int6% (colloqui con i familiari):** oltre alla variabile titolo di studio ( $p=,02$ ), risultano significativamente predittive della percentuale di colloqui con i familiari le scale **Frequenza** ( $p=,008$ ), **Depressione** ( $p=,011$ ) ed **Isteria** ( $p=,008$ ), con  $R^2=,280$ . Ciò significa che tutte queste variabili insieme spiegano quasi il 30% della variabilità dei colloqui con i familiari (espresso in percentuali), in queste proporzioni: la percentuale di colloqui con i familiari degli ospiti di Villa Ratti diminuisce di 0,5 per coloro che hanno un titolo di studio post-obbligo rispetto a quelli che hanno un titolo di studio della scuola dell'obbligo, aumenta di 0,02 per ogni punto sulla scala Depressione, e diminuisce di 0,03 per ogni punto sulla scala Isteria.

**Predittori di int12% (gruppo cucina):** solo la variabile **sex** ha un effetto statisticamente significativo nel predire la percentuale del gruppo cucina:  $R^2=,115$ ,  $p=,021$ . Il genere spiega l'11,5% della variabilità di questo intervento. Non ci sono scale mmpi2 predittive, quindi la variabile sesso ha senza dubbio un effetto decisivo.

**Predittori di int914% (Interventi individuali su abilità di base, interpersonali, sociali):** le scale mmpi2 **Mascolinità-Femminilità** ( $p=,003$ ) e **Paranoia** ( $p=,008$ ) hanno un effetto significativo nel determinare la percentuale di questa attività ( $R^2=,275$ ). Dalla tabella delle correlazioni (pag 64) risulta peraltro che le due scale correlavano già singolarmente con questa variabile. Le due scale insieme spiegano il 27,5% della variabilità di questo intervento, la cui percentuale aumenta di 0,1 per ogni punto di MF e diminuisce di 0,05 per ogni punto di Paranoia.

**Predittori di int917% (gruppo di risocializzazione):** l'unico predittore risulta essere solo il **sex** ( $p=,016$ ), con  $R^2=,125$ .

Senza la variabile genere non rimane alcun predittore, perciò questa spiega il 12,5% della variabilità dell'intervento gruppo di risocializzazione, espresso in percentuale.

Dalla tabella 30 emerge inoltre che la scala Menzogna (Lie) non risulta predittiva di alcun tipo di intervento, così come le scale Ipocondria e Deviazione Psicopatica. La variabile sesso risulta essere l'unica predittiva delle percentuali del gruppo cucina e del gruppo di risocializzazione. Altri due interventi sono determinati dagli effetti di un solo predittore: colloqui individuali e psicoterapie di gruppo. Infine, l'intervento (in percentuale) con il maggior numero di variabili significativamente predittive è valutazioni.



## 5. DISCUSSIONE

Lo scopo di questo studio è di verificare l'esistenza di relazioni tra le percentuali di interventi effettuati dagli ospiti della Comunità Terapeutica per disturbi borderline "Villa Ratti" e i punteggi al test mmpi2 loro somministrato al momento del ricovero. Una volta rilevata la presenza di alcune correlazioni statisticamente significative, lo studio è stato rivolto all'analisi di queste relazioni mediante regressioni multiple per valutare la presenza di eventuali elementi predittori presenti tra le scale mmpi2 e le variabili sesso e titolo di studio (dicotomizzato in "obbligo" e "post-obbligo").

Nonostante il campione analizzato sia piuttosto ridotto, cosa che ha ovviamente posto dei limiti nel livello di significatività dei rapporti investigati, i risultati hanno messo in evidenza, per alcuni tipi di intervento, l'esistenza di significative relazioni di dipendenza da alcune scale mmpi2 e dalle altre variabili, in certi casi poco al di sotto del livello di significatività di  $p < 0,05$ , ma nessuna a livello di  $p < 0,001$ .

Esaminando i risultati nel dettaglio, dai grafici delle **correlazioni** nel campione senza pazienti outlier ( $n=46$ ) risulta un legame significativo tra la scala **Paranoia** (PA) e le percentuali di **colloqui individuali** ( $R=,34$ ,  $p=,02$ ). Ciò significa che il grado di sensibilità all'opinione altrui, nonché di sospettosità, è associato positivamente al numero di colloqui individuali. Questi possono essere richiesti dall'ospite in momenti di crisi, oppure decisi dagli operatori a seguito di agiti impulsivi o di violazioni del regolamento da parte dei pazienti. I tratti misurati dalla scala PA si riferiscono alla tendenza ad interpretare la realtà in senso persecutorio verso se stessi, fraintendendo le motivazioni e le intenzioni degli altri. Questo atteggiamento, applicato al contesto di cura della Comunità Terapeutica, porta gli ospiti a considerare le regole *eccessivamente* restrittive e manipolatorie, e di conseguenza a violarle. Poiché l'analisi delle **regressioni multiple** ha dimostrato l'effetto significativo di questa scala nel predire le percentuali di colloqui ( $R^2=,11$ ,  $p=,02$ ), si può supporre con ragionevolezza che gli alti valori di questo intervento siano legati in maggioranza a comportamenti contrari al regolamento, da parte dei pazienti.

Questa ipotesi è supportata anche dai punteggi elevati di **deviazione psicopatica** (fig. 3): nonostante questa scala non presenti correlazioni significative con le percentuali di colloqui individuali, né si dimostri predittiva, questo dato indica una forte tendenza nei pazienti ad acting out impulsivi. Infatti alti punteggi in questa scala denotano difficoltà a socializzare a causa di un rifiuto attivo delle norme di convivenza, un mancato adattamento sociale, una tendenza all'ostilità e al risentimento oltre che, appunto, una notevole sospettosità.

Sia nel campione con i 4 soggetti outlier, sia in quello senza, emergono correlazioni statisticamente significative tra i punteggi mmpi-2 e la percentuale di **valutazioni** (int2%). Questo risultato mostra che, nel campione senza outliers, la tendenza a manifestare disturbi corporei come risposta a situazioni di stress, in assenza di specifiche malattie (**isteria**), è associata negativamente alla percentuale di test che vengono somministrati, mentre il grado di energia della persona, manifestato a livello emotivo, ideativo e motorio attraverso comportamenti quali l'euforia maniacale e l'accelerazione psicomotoria (**ipomania**), è associata positivamente. Tuttavia l'attività di valutazione viene svolta solo nel primo mese di ricovero e nella settimana prima della dimissione, oltre che nei colloqui di follow up, il che spiega anche la percentuale totale così bassa di questo intervento (2,3%). Quindi questa è un'attività effettuata solo in due *momenti* precisi della permanenza degli ospiti (come specificato nella Carta dei Servizi), ma dalla tavola di contingenza numero paziente \* valutazioni (non riportata) risulta che il numero massimo di valutazioni è di 15 (sui 131 interventi totali per quel singolo paziente): questo valore così alto è possibile in quanto la batteria psicodiagnostica è piuttosto lunga, perciò la sua somministrazione viene suddivisa in più incontri invece che in uno singolo. Come evidenziato anche dalle regressioni multiple, questo risultato dimostra che i punteggi a quelle scale **predicono** il numero di *volte* necessarie a **completare** un'intera batteria. Infatti i soggetti con un alto numero di test hanno valori sensibilmente alti in **Ipomania** (fig. 6), ed è comprensibile che gli stati di agitazione compromettano la concentrazione necessaria a rispondere velocemente alle domande dei questionari, rendendo così necessario suddividere i test in più sessioni invece che finirli in un incontro solo. Inoltre, potrebbe essere anche ipotizzabile un maggior numero di sessioni per

stabilire un'alleanza di lavoro utile a non invalidare i test con un'autopresentazione eccessivamente positiva.

Per quanto riguarda la correlazione con **Isteria (scala 3)** si nota l'inclinazione negativa della retta di regressione, anche se il valore è al limite della significatività:  $R=-0,300$ ;  $p=,043$ . Lo scatterplot dimostra che ad alti valori di Hy corrisponde una percentuale bassa di valutazioni, ossia un limitato numero di volte necessario a completare la batteria psicodiagnostica. Questo dato si può spiegare con il fatto che alti punteggi alla scala 3 denotano un "rigido ipercontrollo degli impulsi" (Fossati, 2004), in particolare dell'ostilità, il che consente ai soggetti di avere l'attenzione giusta per rispondere alle domande dei test in tempi relativamente brevi e quindi in poche sessioni.

Dalle regressioni multiple risultano significativamente predittive della percentuale di **psicoterapie individuali (int 3%)** le scale mmpi2 **Correzione** (al limite:  $p=,049$ ) ed **Introversione Sociale** ( $p=,009$ ), oltre alle variabili **sexso** ( $p=,03$ ) e **titolo di studio** ( $p=,009$ ), con  $R^2=,330$ . Queste variabili tutte insieme spiegano 1/3 della variabilità di questo dato.

Esaminando il grafico della distribuzione dei punteggi mmpi2 nel campione senza outliers (fig. 5, pag 61) si nota che il valore medio alla scala Correzione è il più basso di tutte le scale ( $\mu=41,1$ ): i punteggi singoli vanno da un minimo di 24 ad un massimo di 66 punti T, quindi raggiungono al massimo un'elevazione *moderata* (tra 56 e 70). La scala Correzione misura i **meccanismi difensivi** nei confronti del test e una tendenza inconsapevole a negare i propri problemi. Le cause dell'elevazione dei punteggi a questa scala, secondo il manuale della versione italiana del questionario mmpi2 di Pancheri e Sirigatti, sono da ricercare in un "atteggiamento difensivo moderato" e in un "mancato riconoscimento di distress", mentre i punteggi più bassi sono causati da una "simulazione dei disturbi", dall'aver dato "risposte *vero* a tutti gli item", da una "richiesta di aiuto" e da "difese inadeguate" (Pancheri, Sirigatti, 2008).

Sempre dal grafico dei punteggi risulta che i punteggi alla scala **Introversione Sociale**, nel campione senza outliers, sono relativamente bassi rispetto al valore

medio dei punteggi delle altre scale (fig. 5). Questa scala “offre una valutazione non di tipo clinico, bensì della tendenza della persona ad isolarsi o a stare con gli altri” (Fossati, 2004). I punteggi alti rispecchiano livelli di timidezza sociale e carenza di assertività sociale, i punteggi bassi viceversa denotano tendenze verso la partecipazione e la dominanza sociale.

Dalla figura 7 invece emerge una relazione negativa molto significativa tra la scala **Ipomania** e la percentuale di **psicoterapia di gruppo (int5%)**:  $R=-0,42$ ,  $p=0,004$ . Alla luce di quanto appena scritto per l'ipomania, si intuisce che le caratteristiche di eccessiva euforia di un/a paziente rendono difficile la permanenza in un gruppo relazionale sia per chi ne soffre, sia per gli altri membri del gruppo che sono disturbati dalla sua agitazione psicomotoria.

La figura 8 mostra una correlazione negativa tra la scala 5 (**mascolinità-femminilità**) e le percentuali di **riunioni sui casi** ( $R= -0,34$ ,  $p=0,021$ ). Non è molto chiara la relazione tra queste due variabili, ma quello che si può dire è che la modalità più o meno rigida di adesione allo stereotipo sessuale, e l'ampia gamma di aspetti (interessi ed atteggiamenti verso il lavoro, preoccupazioni e paure, vari tipi di reazioni emotive) che di solito differenziano uomini e donne, influenzano la percentuale di incontri con gli invianti (CPS, Assistenti Sociali, Asl) in cui si parla proprio dei soggetti con questi punteggi.

Per la stessa ragione non è chiaro il senso della relazione significativa tra la scala m-f e la percentuale di **intervento individuale su abilità di base, interpersonali, sociali**. L'intervento individuale è effettuato dall'operatore nei confronti del singolo (es: riprendere un ospite che non si lava), perciò valori alti di mascolinità-femminilità determinano una più alta percentuale di interventi, mentre punteggi alti di **paranoia** invece hanno l'effetto opposto, a causa della forte sospettosità dei soggetti paranoici, che considerano uno stimolo da parte dell'operatore come un attacco personale.

Anche per far fronte a questa sospettosità, è importante che gli interventi educativi vengano inseriti sempre in un assetto relazionale **cooperativo**, di comprensione della situazione di crisi dell'ospite, ma nel contempo di riferimento alle regole comunitarie (“**sì, però...**”). Questo vale sia per gli interventi individuali su abilità di base, interpersonali, e sociali (intervento 914), sia per i colloqui (intervento 2) a seguito di

comportamenti o gesti dei pazienti che violino il regolamento della Comunità Terapeutica (gesti violenti contro se stessi, contro altri ospiti, o rivolti ad oggetti). Ciò significa che si interviene sempre validando le emozioni e riconoscendo alla persona quanto fatto rispetto al percorso comunitario, ma riportandola alle regole della struttura accettate e condivise al momento del ricovero, ed esplicitando anche il fatto che proprio perché molti obiettivi sono stati raggiunti ora si chiede di più. L'intervento viene coordinato dalla Responsabile Quotidianità su decisione presa in équipe, con una **gradualità** nella risposta da attuare, e facendo riferimento alla fase del progetto individualizzato. Ad esempio il primo punto è il *richiamo verbale*, poi eventualmente *scritto* se si ripetesse un'altra violazione, passando per l'assegnazione di *lavori socialmente utili* (si tratta di compiti che devono avere una valenza "sociale" rispetto alla vita comunitaria, come ad esempio acquisto di giornali per il gruppo, turni di lavastoviglie o lavanderia), fino ad arrivare alla *sospensione* in parte o in toto dal progetto terapeutico-riabilitativo e un'eventuale *dimissione* se la persona non fosse più ritenuta in grado di aderire al trattamento o se fosse ritenuta pericolosa o destabilizzante per gli altri ospiti della Comunità. Ogni intervento deciso dall'équipe viene sempre riportato agli obiettivi che l'ospite nella fase di ingresso ha posto al centro del suo percorso in Comunità Terapeutica. Quindi questi interventi sono rivolti da una parte ad un obiettivo di responsabilizzazione degli ospiti, riportandoli su un piano di realtà ad esempio rispetto alle conseguenze dei loro atti, dall'altra ad una comprensione empatica, poiché, forse per la prima volta della loro vita i pazienti si sentono compresi ed accolti nelle loro emozioni, ma anche trattati da persone adulte.

In questo studio esplorativo sono state trovate delle relazioni significative tra i punteggi alle scale mmpi 2 e le percentuali di interventi effettuati nella Comunità Terapeutica Villa Ratti. Questi risultati fanno luce sulle caratteristiche di personalità che possono influenzare la tendenza dei pazienti a partecipare o meno alle attività, indipendentemente da ciò che è concordato nel Progetto Terapeutico Riabilitativo (di cui tuttavia non è disponibile una copia). Tuttavia bisogna ricordare che il percorso comunitario non è scelto totalmente dall'ospite, specialmente all'inizio quando il trattamento è più contenitivo, perciò questi risultati possono offrire uno spunto di

riflessione su quali tratti dei pazienti possono facilitare od ostacolare il lavoro comune, e indicare ai clinici quali caratteristiche siano adatte ad un certo tipo di lavoro. Peraltro i soggetti che afferiscono ad una Comunità Terapeutica sono già selezionati a monte dalle strutture invianti (Centri Psico Sociali, Asl, reparti ospedalieri di psichiatria, ecc) in base a quanto sono ritenuti adatti o meno alle vita comunitaria, ma da questo lavoro risulta che alcuni tratti di personalità misurati dal test mmpi 2 sono predittivi delle percentuali degli specifici interventi.

A questo proposito, la questione della **scelta** degli interventi è molto importante, ed è difficile dare una risposta definitiva, poiché alcune attività si pongono a cavallo tra le preferenze dei singoli ospiti e l'obbligo da parte della struttura. Il Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR) è individualizzato e "cucito" sulle caratteristiche di ogni paziente, ma soprattutto è concordato e co-costruito con lui/lei. Di conseguenza, a parte l'ovvia considerazione che i pazienti in una comunità non possono restare totalmente inattivi, qualora un ospite si rifiutasse di prendere parte ad alcuni interventi programmati, il PTR sarebbe rivisto e ridiscusso, al fine di ragionare sui motivi del rifiuto e di individuare il trattamento migliore per lui/lei. D'altra parte, c'è da aspettarsi che l'aderenza al trattamento non sia scontata, essendo pazienti borderline, per cui sarebbe interessante avere un dato ad esempio sul numero di modifiche del PTR. Ma in ogni caso alcune attività sono svolte periodicamente e a turni, quindi i pazienti tendenzialmente fanno quando è previsto (e si suppone realizzato) un determinato intervento, mentre altre sono obbligatorie, come le riunioni di inizio e fine giornata, le valutazioni, e le psicoterapie. Infine, c'è da considerare anche che nell'insieme dei dati sugli interventi effettuati nel biennio 2009-2010, vi sono anche quelli relativi alle riunioni cliniche con le Asl e i cps invianti, che sono interventi SUI e non COI pazienti, e quindi il criterio di obbligatorietà in questo caso non si può applicare.

In sintesi, la partecipazione agli interventi è determinata da un'integrazione delle scelte sia del personale sanitario che degli ospiti, in un percorso diretto verso una progressiva autodeterminazione del paziente.

## 5.1 Limiti e prospettive future

Alcune considerazioni sottolineano l'importanza di una dettagliata analisi statistica come quella operata in questa tesi, nonostante la presenza di alcuni limiti:

- in letteratura non sono riportati, per quanto sia a conoscenza dello scrivente, studi esaustivi su questo argomento specifico: infatti tutti gli studi effettuati nelle comunità terapeutiche si concentrano sugli **esiti** del trattamento, mentre finora non risultano ricerche che indaghino sulle componenti predittive della partecipazione alle attività previste dai piani di cura;
- l'eventuale allargamento del campione, sia dal punto di vista temporale (cioè considerando tempi più lunghi di permanenza dei pazienti in comunità, data la permanenza media di 1 anno a fronte dei 18-24 mesi dichiarati nella Carta dei Servizi) che dal punto di vista dell'aggiunta di altri pazienti, nonché l'eventuale estensione ad altre comunità, potrà fornire risultati più esaustivi e significativi, partendo dagli strumenti e delle analisi statistiche già utilizzati in questo studio;
- l'analisi dei punteggi di altri test della batteria diagnostica somministrata agli ospiti di Villa Ratti consentirebbe di avere un maggiore confronto rispetto alle variabili predittive della percentuale di interventi svolti;
- un'intervista al personale sanitario di Villa Ratti, e l'analisi di un esempio di PTR, potrebbe consentire un riscontro sulle interpretazioni date ai risultati;
- l'impossibilità di assistere agli interventi svolti dagli ospiti non ha permesso di distinguere i contenuti dei diversi codici.

Occorre tenere presente anche che i dati raccolti sono **eterogenei**, trattandosi di una ricerca su una Comunità e non di un protocollo sperimentale in cui tutti i soggetti sono osservati nelle stesse condizioni iniziali e finali. In questi lavoro l'inizio dell'osservazione (Gennaio 2009) non coincide con il ricovero in Comunità per i pazienti, che invece può essere antecedente o posteriore a questo periodo. Allo stesso modo, la fine del biennio preso in considerazione non coincide con la dimissione dei pazienti, che in molti casi è intercorsa durante il biennio e per altri è avvenuta dopo il 2010. Studi futuri dovranno tenere conto di queste limitazioni, che comunque sono intrinseche alle ricerche sulle comunità.

## 6. Ringraziamenti

Desidero ringraziare innanzitutto il Professore **Hans Schadee** per il qualificato supporto che mi ha fornito nella stesura di questa tesi. La sua conoscenza profonda della statistica mi ha permesso di lavorare con una metodologia il più possibile precisa, a fronte della notevole eterogeneità dei dati.

Un sentito omaggio va anche alla Professoressa **Marta Vigorelli** e alle sue gentili collaboratrici **Ylaria Peri** e **Valentina Stirone**, per la supervisione effettuata sul testo e sul suo contenuto. La loro conoscenza teorica e pratica sul funzionamento delle Comunità Terapeutiche è stata preziosa nell'elaborare questo progetto di ricerca.

*Last but not least*, la mia gratitudine va anche agli amici e colleghi che mi hanno supportato e soprattutto *sopportato* in questa “gestazione”, specialmente **Sara Marelli**, che mi ha aiutato nelle prime analisi di questo lavoro, e **Giulio Costantini** che si è mostrato sempre cortese e disponibile a chiarire i miei dubbi.



## 7. Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). DSM IV-TR Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - Text Revision. Masson Ed, Milano.
- BOWLBY J. (1989). Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento. Cortina Ed., Milano.
- CASALE S. (anno non disponibile). Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form: intervista a Saulo Sirigatti. Items, la newsletter del testing psicologico. Giunti O.S., Firenze.
- CAUDEK C. (2009). MMPI-2-II. Lezioni per il Corso di Laurea Magistrale in Psicologia, A.A. 2009-2010, Università di Firenze.
- CAUDEK C. (2010). MMPI-2-III. Lezioni per il Corso di Laurea Magistrale in Psicologia, A.A. 2010-2011, Università di Firenze.
- CLARKIN J. F., LEVY K. N., LENZENWEGER M., KERNBERG O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*; 164: 1-8.
- CRICHFIELD K. L., CLARKIN J. F., LEVY K. N., KERNBERG O. F. (2008). Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology* vol. 47, no. 2, p. 185-200.
- CRITTON T. M. (2001). Identifying borderline personality disorder on the MMPI-2. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering vol. 62, no. 2-B.
- DeFIFE J. (2010). DSM-V offers new criteria for personality disorders. Pubblicato su *Psychology Today* per la National Education Alliance Borderline Personality Disorder. Tratto da [http://www.borderlinepersonalitydisorder.com/DSM-V\\_News.shtml](http://www.borderlinepersonalitydisorder.com/DSM-V_News.shtml)
- DIMAGGIO G., CARCIONE A., SALVATORE G., SEMERARI A., NICOLÒ G. (2010). A Rational Model for Maximizing the Effects of Therapeutic Relationship Regulation in Personality Disorders with Poor Metacognition and Over-Regulation of Affects. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, in press: 1-22.
- DIMAGGIO G., SEMERARI A. (2003). *I Disturbi di Personalità: Modelli e Trattamento*. Laterza Ed., Roma.
- DRAKE L. E. (1946). A Social Introversion-Extraversion Scale for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*; 30: 51-54.
- FERRUTA A., FORESTI G., VIGORELLI M. (2012). *Le comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti e minori*. Raffaello Cortina Ed., Milano.
- FOSSATI A. (2004). UN INVENTARIO PER LA VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA: Minnesota Mutliphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Lezioni per il Corso di Psicodiagnostica, Corso di Laurea in Scienze Psicologiche, Università Vita-Salute San Raffele, Milano.
- GOODMAN M., PATIL U., STEFFEL L., AVEDON J., SASSO S., TRIEBWASSER J., STANLEY B. (2010). Treatment Utilization by Gender in Patients with Borderline Personality Disorder.

- Journal of Psychiatric Practice 16: 155-163.
- GUIDANO V. (1988). *La complessità del Sé*. Bollati Boringhieri Ed., Torino.
- HATHAWAY S. R., MCKINLEY J.C., BUTCHER J.N. (1990). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. Published by University of Minnesota Press, Minneapolis.
- JOHNSON D., SHEA T., YEN S., et al. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Compr Psychiatry*; 44: 284–92.
- KRÖGER C. et al. (2010). Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry* xxx: 1-8.
- LAMBRUSCHI F., REZZONICO G. (1995). *La Psicoterapia Cognitiva nel Servizio Pubblico*. Franco Angeli Ed., Milano.
- LINEHAN M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Trad. it. di Ascoli M., D'Amore C. (2001). Edizione italiana BARONE L. (a cura di); Cortina Ed., Milano.
- LINEHAN M., ARMSTRONG H., SUAREZ A. et al. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psych*, 48: 1060-1064.
- LINEHAN M., HEARD H., ARMSTRONG H. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psych*, 50: 971-974.
- LIOTTI G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Cortina Ed., Milano.
- LOFFLER-STASTKA H., FRANTAL S., JANDL-JAGER E. (2010). Referral success to psychotherapy of patients with personality disorders: therapeutic consequences. *The Middle European Journal of Medicine* 122: 165–172.
- MAFFEI C. (2008). *Borderline. Struttura, categoria, dimensione*. Cortina Ed., Milano.
- MAGNAVITA J., LEVY K., CRITCHFIELD K., LEBOW J. (2010). Ethical Considerations in Treatment of Personality Dysfunction: Using Evidence, Principles, and Clinical Judgment. *Professional Psychology: Research and Practice* 41(1): 64–74.
- MANNINO G. (2005). Le 'Organizzazioni di Significato Personale': un modello a tre dimensioni. *Rivista di Psichiatria*, 40, 17-25.
- MANNINO G. (2006). Le Organizzazioni di Significato Personale: verso un ampliamento del sistema di classificazione. *Rivista di Psichiatria*, 41, 1, 26-35.
- MCCORMICK B., BLUM N., HANSEL R., et al (2007). Relationship of Sex to Symptom Severity, Psychiatric Comorbidity, and Health Care Utilization in 163 Subjects with Borderline Personality Disorder. *Compr Psychiatry*; 48: 406-412.
- MCGLASHAN T., GRILO C., SKODOL A., GUNDERSON J., SHEA M., MOREY L., ET AL. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 256–264.

- McMAIN S., LINKS P., GNAM W., et al. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* (Epub ahead of print).
- MOLINARI E., TAVERNA A. (2000). *La riabilitazione psicologica nel disturbo mentale*. Centro Scientifico Ed., Torino.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2009). *Borderline personality disorder: treatment and management*. NICE clinical guideline 78. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health.
- NURNBERG H. et al. (1991). The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1371–1377.
- OLDHAM J. et al. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: Patterns of comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 213–220.
- OLDHAM J., GABBARD G., GOIN M. et al. (2001). *American Psychiatric Association Practice Guidelines: Practice Guideline for the treatment of borderline personality disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 158: 1-52.
- PANCHERI P., SIRIGATTI S. (2008). *Adattamento italiano del Manuale MMPI-2, seconda edizione*. Giunti O.S. Ed., Firenze.
- PARIS J. (2008). *Treatment of Borderline Personality Disorder: A Guide to Evidence-based Practice*. Guilford Press, New York.
- PARIS J. (2010). Effectiveness of Different Psychotherapy Approaches in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Cur Psychiatry Rep* 12: 56-60.
- PERRIS C. (1993). *Psicoterapia del Paziente Difficile*. Métis, Lanciano.
- PERRIS C. (1996). *Comunità Terapeutiche ad orientamento cognitivo*. In PERRIS C. (1996). *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*. Ed. Bollati Boringhieri, Torino.
- PERRIS C. (2005). *Le Sindromi Psicotiche e Dissociative*. In BARA B. (2005). *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva - Vol 2*. Bollati Boringhieri Ed., Torino.
- REZZONICO G., BISANTI R. (2005). *Aspetti dell'intervento con l'adolescente borderline*. In NARDI B., BRANDONI M., CAPECCI I. (a cura di). *Approccio all'Adolescente Difficile*. Atti del VI Convegno di Psicopatologia post-razionalista. Università Politecnica delle Marche in collaborazione con Accademia Cognitivi della Marca. Quaderni ASUR, Ancona.
- REZZONICO G., BISANTI R. (2005). *I Disturbi di Personalità*. In BARA B. (2005). *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva - Vol 2*. Bollati Boringhieri Ed., Torino.
- REZZONICO G., BISANTI R. (2007). *La Comunità Terapeutica "Villa Ratti"*. Convegno Mito & Realtà, Milano.
- REZZONICO G., MEIER C. (1987). *La riabilitazione nell'assistenza sociopsichiatrica. Analisi di un'esperienza*. Unicopli Ed., Milano.
- REZZONICO G., PINTUS L. (a cura di) (1992). *I Percorsi della Riabilitazione*. Franco Angeli Ed., Milano.
- REZZONICO G., RUBERTI S., BISANTI R. (1999). *Gestione delle risorse umane e organizzazione*

- in una struttura residenziale. In COCCHI A., DE ISABELLA G. (a cura di). La gestione manageriale delle strutture intermedie in psichiatria. Centro Scientifico Editore, Torino.
- ROGERS E.S., MARTIN R., ANTHONY W. et al. (2001). Assessing readiness for change among persons with severe mental illness. *Commun Ment Health J*; 37: 97-112.
- ROTTMAN B. et al. (2009). Can Clinicians Recognize DSM-IV Personality Disorders From Five-Factor Model Descriptions of Patient Cases? *American Journal of Psychiatry* 166: 427-433.
- RYLE A. et al. (1997). *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: The Model and the Method*. Hoboken, John Wiley Ed., NJ.
- SEMERARI A. (a cura di) (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Cortina Ed., Milano.
- SEMERARI A., FIORE D. (2005). Il Disturbo Borderline di Personalità. In BARA B. (2005). *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva - Vol 2*. Bollati Boringhieri Ed., Torino.
- SKODOL A., BENDER D. (2009). The Future of Personality Disorders in DSM-V? *American Journal of Psychiatry* 166: 4.
- SKODOL A., TRACLE SHEA M., YEN S., WHITE C., GUNDERSON J. (2010). Personality Disorders and Mood Disorders: Perspectives on Diagnosis and Classification from Studies of Longitudinal Course and Familial Associations. *Journal of Personality Disorders* 24(1): 83-108.
- SWARTZ M., BLAZER D., GEORGE L. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord*, 4: 257-72.
- ZANARINI M. et al. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J of Psych*, 161: 1733-1739.
- ZLOTNIK C., ROTHSCHILD L., ZIMMERMAN M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord*; 16: 277-82.

# APPENDICE

## Statistiche descrittive

CODICE	Tipo intervento	Abbreviazione
1	Colloquio individuale	colind
2	Attività di valutazione	valut
3	Psicoterapia individuale	psitind
4	Psicoterapia della famiglia	psifam
5	Psicoterapia di gruppo	psitgrp
6	Colloquio con familiari	collfam
8	Gruppo di familiari	grupfam
9	Laboratorio artistico	labart
10	Laboratorio di ortoflorovivaismo	labortf
11	Laboratorio di informatica	labinf
12	Gruppo cucina	grcucina
13	Gruppo casa	grcasa
14	Gruppo donne	grdonne
15	Gruppo uomini	gruomini
16	Gruppo dipendenze	grdipen
22	Gruppo lettura	grlettura
911	Riunioni sui casi	riuncaso
912	Riunione con strutture sanitarie, altri enti	riunstrut
913	Riunione con persone, gruppi non istituzionali	riunpers
914	Intervento individuale su abilità di base, interpersonali, sociali	intbase
915	Gruppo su abilità di base, interpersonali, sociali	grbase
916	Intervento individuale di risocializzazione	indrisoc
917	Gruppo di risocializzazione	grrisoc
918	Gruppo di attività espressive	attespr

		Tipo intervento																		Totale						
		1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	22	911	912	913	914	915	916	917	918	
Trim	N int	373	20	148	4	133	7	3	23	98	214	62	100	13	0	0	3	103	13	0	67	26	21	495	145	2071
1	% entro trim	18	1	7,1	.2	6,4	.3	.1	1,1	4,7	10,3	3	4,8	.6		.1	5	.6		3,2	1,3	1	23,9	7	100%	
2	N int	395	41	169	1	147	8	15	14	131	177	62	200	1	1	0	4	166	10	15	68	39	2	436	126	2228
	% entro trim	17,7	1,8	7,6		6,6	.4	.7	.6	5,9	7,9	2,8	9			.2	7,5	.4	.7	3,1	1,8	.1	19,6	5,7	100%	
3	N int	309	35	108	0	144	15	8	5	90	148	33	117	0	0	0	0	64	7	0	37	15	0	226	102	1463
	% entro trim	21,1	2,4	7,4		9,8	1	.5	.3	6,2	10,1	2,3	8					4,4	.5		2,5	1		15,4	7	100%
4	N int	302	33	146	2	165	18	7	8	118	156	80	113	4	1	6	0	66	18	0	116	18	0	317	139	1833
	% entro trim	16,5	1,8	8	.1	9	1	.4	.4	6,4	8,5	4,4	6,2	.2	.1	.3		3,6	1		6,3	1		17,3	7,6	100%
5	N int	374	53	111	2	127	11	6	37	82	141	54	80	10	2	0	0	55	11	8	101	24	2	354	92	1737
	% entro trim	21,5	3,1	6,4	.1	7,3	.6	.3	2,1	4,7	8,1	3,1	4,6	.6	.1			3,2	.6	.5	5,8	1,4	.1	20,4	5,3	100%
6	N int	338	64	149	0	146	9	0	119	107	145	59	91	7	0	0	0	47	11	0	69	10	2	348	22	1743
	% entro trim	19,4	3,7	8,5		8,4	.5		6,8	6,1	8,3	3,4	5,2	.4				2,7	.6		4	.6	.1	20	1,3	100%
7	N int	268	55	73	0	148	8	2	147	81	159	38	142	3	0	0	0	56	6	11	74	17	0	377	27	1692
	% entro trim	15,8	3,3	4,3		8,7	.5	.1	8,7	4,8	9,4	2,2	8,4	.2				3,3	.4	.7	4,4	1		22,3	1,6	100%
8	N int	327	28	117	0	193	24	6	133	141	167	61	108	4	0	36	0	44	14	0	26	0	0	344	0	1773
	% entro trim	18,4	1,6	6,6		10,9	1,4	.3	7,5	8	9,4	3,4	6,1	.2		2		2,5	.8		1,5			19,4		100%
Tot	N int	2686	329	1021	9	1203	100	47	486	848	1307	449	951	42	4	42	7	601	90	34	558	149	27	2897	653	14540
	% entro trim	18,5%	2,3	7	.1	8,3	.7	.3	3,3	5,8	9	3,1	6,5	.3	.3			4,1	.6	.2	3,8	1	.2	19,9	4,5	100

Tabella Appendice 1 Tavola di contingenza trimestre \* tipo intervento (n=62).  $\chi^2=1718,6$ ;  $df=161$ ;  $p<,001$

TABELLA base stabilità interventi pazienti

Num Paz	Sex (1M 2F)	Tot int	Chi <sup>2</sup>	Df	p	Tot mesi	In1	Out1	In2	Out2	Commenti
1	2	247	84,9	60	,02	5	5.01.09	25.5.09			p>,01 ns
2	2	268	168,9	112	,000	8	6.4.10	25.11.10			p<,01 sign
3	2	132	54,1	45	,17	4	6.9.10	29.12.10			ns
4	2	155	79,6	56	,02	5					ns
5	2	300	77,75	85	,7	6	5.1.09	1.7.09			ns
6	1	264	135,8	91	,002	8					sign
7	2	829	472,02	324	,000	18	7.1.09	15.11.10			sign
8	1	556	317,1	270	,03	15					ns
9	2	60	7,9	11	,72	2					ns
10	2	75	22,6	26	,65	3					ns
11	2	437	305,7	238	,002	14	24.7.09	20.9.10			sign
12*	1	510	333,5	238	,000	14					sign
13	1	345	189,7	144	,006	10					sign
14	1	560	457,6	378	,003	19					sign
15	1	48	44,02	40	,305	2+4gg non consecutivi	17.1.10	1.3.10	30.9.10	6.10.10	ns
16	2	61	12,005	14	,61	2					ns
17	1	1	NA	NA	NA	0	7.1.10	7.1.10			Tot int=1
18	1	296	458,2	119	,000	7					sign
19	1	577	261,2	221	,03	14					ns
20	1	325	163,6	144	,13	9	29.4.10	28.12.10			ns
21	2	546	368,4	336	,11	17	5.1.09	7.5.10			ns
22	2	303	179,2	150	,5	(15gg)+10	15.1.09	31.1.09	1.9.09	22.6.10	ns
23	2	401	419,4	200	,000	13	2.1.09	24.1.10			sign
24	1	56	36,14	36	,46	3(+1gg)	4.1.09	5.3.09	17.6.09	17.6.09	ns
25	2	67	71,03	26	,000	3	18.6.09	10.8.09			sign
26	1	24	52,6	56	,604	10(+1gg)	9.1.09	24.10.09	20.2.10	20.2.10	sign
27	2	53	17,6	10	,06	2	25.11.10	29.12.10			ns
28	2	7	NA	NA	NA	0	3.1.10	7.1.10			Tot int=7

Tesi di Dottorato in Psicologia Sociale, Cognitiva, Clinica - XXIV Ciclo

Num Paz	Sex (1M 2F)	Tot int	Chi <sup>2</sup>	Df	p	Tot mesi	In1	Out1	In2	Out2	Commenti
29	1	91	18,47	22	,68	2(+1gg)	18.11.09	29.12.09	9.9.10	9.9.10	Ns
30	1	270	172,2	96	,000	6(+1gg)	4.1.09	30.6.09	4.7.09	4.7.09	sign
31	1	NA	NA	NA	NA	0	8.10.10	8.10.10			Tot int=1
32	2	444	207,9	187	,14	12	24.2.09	10.1.10			ns
33	2	16	NA	NA	NA	0	15.12.10	31.12.10			Tot int=16
34	2	131	116,8	102	,15	6(+2gg)	25.6.10	07.12.10			ns
35	2	105	28,03	22	,175	3	25.10.10	28.12.10			ns
36	1	80	48,4	33	,4	4	17.2.10	12.5.10			ns
37	1	14	62,1	42	,02	7	27.2.09	11.10.09			ns
38	2	705	371,8	304	,005	17	13.8.09	31.12.10			sign
39	2	16	57,9	35	,009	7(+1gg)	20.1.09	9.7.09	5.1.10	5.1.10	sign
40	1	137	58,1	48	,151	4	19.1.10	22.4.10			ns
41	1	17	35,5	18	,008	0 (14gg+5 non consec)	28.10.09	9.11.10	1.12.09+3.1.10	5.1.10	sign
42	2	250	304,02	240	,003	12(+1gg)	7.1.09	27.12.09	4.1.10	4.1.10	sign
43	2	147	84,8	70	,109	4+1gg+1gg	15.5.09	1.9.09	23.6.10	23.6.10	ns
44	2	245	121,2	96	,02	7	14.7.09	14.1.10			ns
45	1	241	121,43	96	,02	6+1gg	30.6.10	31.12.10			ns
46	1	5	NA	NA	NA	0	24.9.10	26.9.10			Tot int=5
47	1	399	318,8	234	,000	14	24.11.09	29.12.10			sign
48	2	283	130,4	112	,112	8	8.5.10	31.12.10			ns
49	1	55	37,34	32	,24	2(+1gg)	2.1.09	19.2.09	10.3.10	10.3.10	ns
50	2	174	97,98	80	,08	5(+1gg)	10.3.10	02.8.10			ns
51	2	311	134,3	136	,526	9	26.4.10	29.12.10			ns
52	2	140	72,65	72	,456	4(+1gg)	19.1.09	28.4.09	4.1.10	4.1.10	ns
53	1	177	56,04	72	,917	4(+1gg)	2.1.09	27.4.09	8.7.09	8.7.09	ns
54	2	9	6,24	8	,62	3(+2gg)	20.1.09	11.3.09	28.6.09	14.8.09	ns
55	2	2	NA	NA	0	24.3.09	30.4.09				Tot int=2



Num Paz	Sex (1M 2F)	Tot int	Chi <sup>2</sup>	Df	p	Tot mesi	In1	Out1	In2	Out2	Commenti
57	2	184	130,9	156	,929	13	5.1.09	13.1.10			ns
58	2	717	327,98	304	,165	20	5.1.09	31.8.10			ns
59	1	399	240,43	187	,005	12	28.1.10	29.12.10			sign
60	2	462	278,1	238	,04	14(+1gg)	10.3.09	13.5.10			ns
61	2	593	298,4	266	,08	15	2.1.09	29.3.10			ns
62*	1	86	50,8	50	,441	6	21.1.09	5.6.09			ns

**Tabella Appendice 2 stabilità interventi**