

## **Comportamenti criminali e tratti di personalità: uno studio pilota in un campione di adolescenti detenuti.**

**di Daniela Cantone\*, Raffaele Sperandeo\*\*, Paolo Cotrufo\*, Alida Giuseppa Labella\***

### *Introduzione*

Nel 2009, in Italia, sono stati segnalati dall'Autorità Giudiziaria agli Uffici di servizio sociale per i minorenni per aver commesso un reato 22.139 minori. Si tratta in gran parte di soggetti di sesso maschile (87%) e di nazionalità italiana (74%). Soltanto una parte di questi viene a contatto con la realtà restrittiva dell'Istituto penale per i minorenni. In particolare, nel 2009 gli ingressi in IPM sono stati 1.222 ed hanno riguardato prevalentemente italiani (59%) di sesso maschile (93%). I reati più frequenti sono quelli contro il patrimonio, soprattutto furto e rapina, seguono le violazioni delle disposizioni in materia di sostanze stupefacenti, mentre tra i reati contro la persona prevalgono le lesioni personali volontarie e colpose e la violenza privata con minaccia.

Nel tentativo di comprendere il fenomeno della criminalità minorile è stato spesso sottolineato il legame tra comportamenti criminali adolescenziali e psicopatologia ed in particolare il ruolo che i Disturbi di Personalità (DP) giocherebbero nell'influenzare tali condotte. La patologia di personalità è molto diffusa tra gli adulti criminali. Studi epidemiologici effettuati nelle popolazioni occidentali stimano una frequenza di Disturbi della Personalità, in questi soggetti, compresa tra il 40 e il 90% (Casey, 2000; Hiscoke, Langstrom, Ottosson, & Grann, 2003). In questi campioni il legame tra criminalità e tratti caratteriali patologici, pur se variamente interpretato, presenta una solidità indiscussa. Il costrutto caratteriologico chiave è quello della psicopatia attualmente identificata come una malattia mentale criminogena (Mullen, 2007). Questi studi, tuttavia, sono stati sviluppati in campioni di adulti e i dati emersi non sono automaticamente applicabili alle popolazioni di adolescenti criminali a causa della complessità ed eterogeneità della psicopatologia in adolescenza, della problematicità della diagnosi di DP in questa fase evolutiva e del significato stesso che il comportamento criminale può assumere in un soggetto nel quale la maturità psichica è incompleta. Molti autori hanno argomentato che a partire dai quattordici anni sia possibile effettuare diagnosi di DP e che questa diagnosi abbia una sufficiente stabilità e riproducibilità (Bernstein et al., 1993; Kasen, Cohen, Skodol, Johnson, & Brook, 1999; Grilo et al., 2001; Westen, Shedler, Durrett, Glass, & Martens, 2003). Nell'ambito degli studi sulla criminalità minorile, ad esempio, Johnson, Cohen, Kasen, Skodol, Hamagami, & Brook, (2000) hanno individuato un'alta frequenza di DP dei cluster A e B in adolescenti violenti. Studi longitudinali più recenti, però, hanno dimostrato che la stabilità dei DP è minore di quella postulata e che, semmai è la stabilità dei tratti, più che delle categorie, ad essere equivalente a quella degli adulti (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005; Cohen, Chen, Kasen, Johnson, Crawford, & Gordon, 2005). I pochi studi che hanno valutato i tratti patologici di personalità nei giovani criminali hanno confermato l'associazione tra questi ed il comportamento criminale. Coles, Greene, & Braithwaite (2002) hanno rilevato una frequenza elevata di tratti psicopatici e paranoici tra i giovani criminali mentre altri studi hanno messo in evidenza, in questi campioni, due tipi di correlazioni: un'associazione tra la psicopatologia orientata all'internalizzazione della rabbia, il nevroticismo e la violenza impulsiva, e un'associazione tra la patologia orientata all'esternalizzazione della rabbia e la tendenza ad un'aggressività predatoria. Questi dati non ci consentono però di decidere se i tratti di personalità giochino un ruolo nel determinare

---

\* Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli studi di Napoli.

\*\* Dipartimento di Psichiatria, Seconda Università degli studi di Napoli.

Corrispondenza a Daniela Cantone, Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli studi di Napoli, via Vivaldi 43, 81100 - Caserta. e-mail: [daniela.cantone@unina2.it](mailto:daniela.cantone@unina2.it)

l'insorgenza di comportamenti criminali o se la criminalità e la patologia di personalità siano gli esiti differenti di processi comuni come la trascuratezza genitoriale, il contesto ambientale a rischio e la predisposizione genetica (Krischer, Sevecke, Lehmkuhl, & Pukrop, 2007). La valutazione della personalità tra gli adolescenti e i giovani adulti rimane, in ultima analisi, ardua e, più che negli adulti, non si assoggetta alle anguste descrizioni dei sistemi categoriali. Inoltre, a causa della marcata tendenza alla comorbidità, di una bassa *test-retest reliability* e delle numerose varianti interne ad uno stesso disturbo (Herzig & Licht, 2006), i disturbi della personalità diagnosticati in popolazioni criminali non forniscono indicazioni significative in merito alla qualità dei soggetti, non si correlano con il loro stile antisociale e non spiegano la quantità e la qualità dei reati commessi, rivelandosi del tutto inefficaci per la prognosi ed il trattamento. Al contrario, gli indici di misurazione dell'aggressività utilizzati in studi di criminalità minorile mostrano una forte correlazione con condanne penali in età adulta e suggeriscono l'opportunità di focalizzare l'attenzione su costrutti dimensionali della personalità che possono rivelarsi maggiormente predittivi della tendenza a mettere in atto comportamenti criminali (Moffitt et al., 2002; Moffitt, 2003; Dodge, 2003).

Nel 2001, un comitato di esperti dell'American Psychiatric Association e del National Institute of Mental Health ha sottolineato la necessità di sviluppare un modello dimensionale dei DP allo scopo di ottenere degli strumenti diagnostici più efficaci (Rounsaville et al., 2002) e Verheul (2005), in una review della letteratura, ha sottolineato come tale modello dimensionale potrebbe migliorare la qualità dei programmi terapeutici. Allo stato attuale delle conoscenze di psicopatologia e neurobiologia, la classificazione dei DP non può più essere intesa come un costrutto artificiale finalizzato alla comunicazione tra tecnici, ma deve avere l'obiettivo di costruire un sistema basato su principi naturali che riflettano, negli aspetti nosografici, i fondamenti biologici e le differenze comportamentali individuali. La crisi delle categorie dell'Asse II del DSM ha dato spinta e vigore ai sostenitori dei sistemi dimensionali che vedono la patologia della personalità come un'estensione quantitativa della personalità sana, non ammettendo salti qualitativi, come invece propugna il sistema categoriale. I dati biologici e genetici attualmente disponibili, i principali modelli psicodinamici e i numerosi dati di ricerca (Oldham, Skodol, & Bender, 2005), sostengono l'ipotesi dell'esistenza di correlati biologici, anamnestici e prognostici di specifici tratti e dimensioni di personalità ma non dei DP intesi in senso categoriale (Livesly, 2006; Paris, 2006). La maggior parte dei modelli psicodinamici, (PDM Task Force, 2006) inoltre, ha da sempre sostenuto la presenza di differenze quantitative e non qualitative tra normalità e patologia e tra diverse patologie, producendo una notevole quantità di dati a sostegno di questa prospettiva (Dazzi, Lingiardi & Gazzillo, 2009, p.9).

Molti modelli dimensionali della personalità normale o patologica presentano una struttura gerarchica, caratterizzata da pochi domini di secondo rango, ognuno dei quali è composto da un certo numero di tratti di primo rango. Questi, a loro volta, sono costituiti da comportamenti, pensieri ed esperienze emozionali descrittivi della personalità del soggetto. Esempi di domini di secondo rango sono le tre dimensioni temperamentali di Eysenck (1972; 1985; 1991) o i cinque fattori di Widiger e Costa (2002). Esempi di tratti di primo rango sono i concetti di sospettosità o remissività che definiscono alcuni aspetti rispettivamente del Disturbo Paranoide di Personalità e del Disturbo Dipendente di Personalità del DSM-IV. Questi tratti di primo rango sono composti da un gruppo di criteri diagnostici specifici (appartenenti alle categorie diagnostiche del DSM-IV) che, in studi fattoriali, hanno ottenuto un'elevata saturazione sui tratti in esame. Dagli studi impostati sul criterio gerarchico è emerso che quattro dimensioni di secondo rango sottendono tutti i costrutti patologici della personalità definiti dal DSM-IV (Mulder & Joyce, 1997; Trull, 2005). Questi quattro domini vengono usualmente definiti come: *disregolazione emozionale*, *psicopatia*, *ritiro sociale* e *compulsività*. La robustezza di questi quattro cluster, confermata attraverso molteplici strumenti di misura in popolazioni cliniche e non cliniche e in differenti culture, suggerisce che essi sono geneticamente fondati. Gli studi di genetica comportamentale, infatti, mostrano che la personalità è influenzata da programmi genetici multipli: molti di questi hanno un effetto su specifici comportamenti e producono i numerosi tratti di primo rango, pochi altri programmi genetici hanno un effetto pleiotropico e generano i quattro domini di secondo rango (Livesly et al, 1998; 2003; Livesly, 2007). Nello studio della patologia di personalità, una proposta è quella di integrare i vari disturbi della personalità, concepiti in modo dimensionale (Widiger et al., 2005), in un unico modello gerarchico in cui al livello più alto si collocano i due spettri clinici

dell'Internalizzazione e dell'Esternalizzazione, identificati da Krueger (1999; Krueger et al., 2002; 2005); al livello successivo alcuni ampi domini del funzionamento di personalità, in buona parte sovrapponibili ai Big Five; al penultimo livello le scale per la valutazione dei tratti di personalità e all'ultimo livello i criteri diagnostici più specificatamente comportamentali. Questa proposta condivide l'ipotesi psicodinamica dell'utilità clinica di un modello di assessment dimensionale e gerarchico; inoltre, le due dimensioni di base dell'internalizzazione e dell'esternalizzazione appaiono sovrapponibili ai costrutti psicoanalitici di narcisismo ed investimento oggettuale (Freud, 1914; Kohut, 1978), alle linee evolutive introiettiva e anaclitica definite da Blatt et al. (2006) e ai dati ottenuti da Westen, su un campione di oltre mille pazienti ai quali è stata somministrata la SWAP-II, che hanno messo in evidenza la possibilità di ricondurre i diversi pattern disfunzionali di personalità a configurazioni internalizzanti, esternalizzanti e borderline (Westen, 1999; 2003, Westen, & Harnden-Fischer, 2001; Thompson-Brenner, & Westen, 2005). L'approccio assunto nel presente lavoro non vuole porre i modelli dimensionali in alternativa alle categorie, piuttosto sceglie la strada della complementarità: i profili dimensionali sono, infatti, preziosi per aggiungere al principio nomotetico delle categorie tutte le sfumature del principio idiografico. Il primo definisce l'ordine, il secondo articola l'eterogeneità presente in esso.

### *Obiettivi dello studio*

Lo studio si è svolto all'interno di una popolazione di adolescenti detenuti presso un Istituto Penitenziario Minorile (IPM) della Campania e ha avuto i seguenti obiettivi:

- la descrizione degli aspetti psicopatologici di Asse II del campione in esame;
- la definizione di pattern di elementi caratteriali e temperamentali peculiari di questi soggetti attraverso l'utilizzo di un approccio dimensionale allo studio della personalità;
- la costruzione di un modello gerarchico per la descrizione delle peculiarità cliniche di questo campione.

### *Strumenti*

Le valutazioni diagnostiche sono state eseguite utilizzando i seguenti strumenti:

- la *Structured Clinical Interview for DSM (SCID II)*, (Spitzer et al., 1990), che consente di effettuare la diagnosi dei DP secondo i criteri del DSM-III-R e del DSM-IV;
- l'*Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)*, che valuta tre ampie dimensioni temperamentali (nevroticismo, psicoticismo, estroversione), che riflettono le basi biologiche e le caratteristiche emozionali e comportamentali più stabili dell'individuo;
- lo *State Trait Anger Expression Inventory (STAXI)* (Spielberg, 1988), che misura la modalità di gestione delle emozioni aggressive.

La SCID-II è uno strumento utilizzato per fare diagnosi di disturbi di personalità, sia dal punto di vista categoriale (criterio presente o assente) che dimensionale. Consta di 119 item, aventi modalità di risposta di risposta dicotomica Sì/No. Ogni disturbo di personalità è individuato da un determinato numero di item che corrispondono ai criteri del DSM per quella specifica categoria diagnostica. Sul modello dell'intervista clinica, la parte iniziale consta di una breve visione d'insieme che individua il comportamento e le relazioni abituali del soggetto e consente di verificarne le capacità di introspezione.

Un punteggio di "3" su un item della SCID-II, fornito dal clinico durante l'inchiesta, indica che vi è sufficiente evidenza che la caratteristica descritta nell'item sia "patologica", "persistente" e "diffusa". "Patologica" indica che la caratteristica è al di fuori del range di variazione normale; "Persistente" si riferisce sia alla frequenza che alla durata (un punteggio di "3" significa che la caratteristica è stata presente spesso durante gli ultimi 5 anni); "Diffusa" indica la presenza della caratteristica in vari contesti, come a casa e a lavoro o, nel caso di item che riguardano i rapporti interpersonali, si manifesta in relazioni diverse.

L'intervista è stata effettuata da tre ricercatori addestrati che hanno raggiunto una elevata inter-rater reliability ( $k = 0,84$ ).

L'EPQ valuta tre ampie dimensioni caratteriali (Estroversione, Nevroticismo, Psicoticismo) espresse dalle scale corrispondenti E, N e P. È composto di 69 items a risposta dicotomica sì/no: La scala N descrive un continuum che si estende da un polo di stabilità emotiva ad uno di instabilità emotiva. Un elevato punteggio in questa scala è rappresentativo di una personalità ansiosa, preoccupata, di umore mutevole, spesso depressa e facilmente eccitabile; un basso punteggio è indicativo della tendenza a produrre risposte emozionali ridotte e lente tipiche di personalità solitamente controllate e calme. La scala E descrive un continuum che ha agli estremi il polo dell'introversione e dell'estroversione. Il soggetto che si colloca sul versante dell'estroversione è "una persona socievole, che desidera un rapporto continuo con la gente, ricerca le emozioni, sfida la sorte, agisce secondo lo stimolo del momento ed è generalmente un individuo impulsivo che tende a divenire aggressivo e perde facilmente la calma. Nel complesso, i suoi sentimenti mancano di equilibrio e non sempre è una persona affidabile". Il soggetto prossimo al polo dell'introversione è "un individuo tranquillo, schivo, riservato, freddo con tutti tranne con gli amici più intimi che progetta prima di agire e diffida dell'impulso momentaneo. La scala P descrive un continuum che si snoda dal polo di un equilibrato e soddisfacente adattamento sociale verso gradi crescenti di anticonformismo, asocialità fino al disadattamento e all'antisocialità. Un elevato punteggio P è rappresentativo di una personalità tendenzialmente asociale, gelida nei contatti interpersonali, che si caratterizza per la presenza di comportamenti aggressivi o palesemente antisociali e per lo sprezzo verso il pericolo o il desiderio di sperimentare situazioni insolite e pericolose. La dimensione P può essere, quindi, definita prevalentemente in termini di antisocialità e/o di asocialità.

Lo STAXI valuta le componenti e la gestione della rabbia. Tale strumento è composto da 44 item, che formano sei scale e due sottoscale:

- Rabbia di Stato (S - Rabbia): una scala di 10 item che misura l'intensità dei sentimenti di rabbia in un dato momento;
- Rabbia di Tratto (T - Rabbia): una scala di 10 item che misura le differenze individuali nell'essere disposti a provare rabbia. Le scale T - Rabbia comprendono due sottoscale: a) Temperamento portato alla rabbia (T - Rabbia/T): una sottoscala di 4 item della Rabbia di Tratto che misura una predisposizione generale a provare o esprimere sentimenti di rabbia senza una specifica ragione; b) Reazioni di rabbia (T - Rabbia/R): una sottoscala di 4 item della Rabbia di Tratto che misura le differenze individuali nell'essere portati ad esprimere rabbia quando si viene criticati o minacciati ingiustamente dagli altri;
- Rabbia rivolta all'interno (Rabbia - In): una scala di espressione della rabbia composta di 8 item che misura la frequenza con cui i sentimenti di rabbia sono trattenuti o soppressi;
- Rabbia rivolta all'esterno (Rabbia - Out): una scala composta di 8 item di espressione della rabbia che misura la frequenza con cui un individuo esprime rabbia verso altre persone o oggetti dell'ambiente;
- Controllo della rabbia (Rabbia - Con): una scala di 8 item che misura la frequenza con cui un individuo tenta di controllare l'espressione della propria rabbia;
- Espressione della rabbia (Rabbia - Ex): una scala di ricerca basata sulla risposta di 24 item delle scale Rabbia - In, Rabbia - Out e Rabbia - Con che fornisce un indice generale della frequenza con cui la rabbia viene espressa, senza tener conto di come venga rivolta.

#### *Metodologia e analisi statistica*

I soggetti esaminati sono stati informati degli obiettivi dell'indagine cui hanno partecipato ed è stato spiegato loro che i risultati delle valutazioni non avrebbero avuto alcun peso nel percorso giudiziario. Inoltre, è stato garantito l'anonimato attraverso un codice alfanumerico di cui sono in possesso solamente gli operatori dell'IPM. Prima di accedere alle indagini testologiche, i soggetti sono stati sottoposti ad una visita psichiatrica, effettuata da uno psichiatra esperto, finalizzata ad escludere l'esistenza di una condizione psicopatologica acuta o cronica di Asse I per l'area dei disturbi affettivi o psicotici, un'anamnesi positiva per traumi cranici clinicamente rilevanti ed infine, che il soggetto avesse usato stupefacenti nell'ultimo mese. I dati socio-demografici e quelli relativi all'iter giudiziario del soggetto sono stati raccolti attraverso gli operatori dell'Istituto Penale. In una prima fase sono state descritte la frequenza e la tipologia dei Disturbi di Personalità, le modalità

specifiche di espressione della rabbia e le caratteristiche temperamentali del campione. In una seconda fase è stata condotta un'analisi fattoriale (Principal Component Analysis (PCA) con Varimax Rotation) sugli item di ognuna delle 10 categorie diagnostiche di Asse II. Sono stati esclusi dall'analisi gli item rilevati in meno di 5 soggetti. Questo ci ha consentito di individuare la presenza di 25 fattori sovradimensionali ai sintomi descritti dal modello politetico del DSM. Questi fattori possono essere interpretati come dei processi psicopatologici di secondo rango rispetto ai criteri del DSM-IV dai quali sono costituiti. Essi stessi hanno una struttura dimensionale dal momento che possono essere espressi da un soggetto con una minore o maggiore intensità in funzione del numero di sintomi che esprime. I fattori in esame sono stati poi ridotti al numero di 10 utilizzando due criteri di selezione. Il primo criterio, di relazione con la caratteriologia dimensionale, ci ha consentito di accettare solo i fattori che avessero una correlazione significativa con le sottoscale dell'EPQ; il secondo criterio, di relazione con la compromissione clinica, ci ha consentito di accettare i fattori correlati ad elevati punteggi allo STAXI. Questo metodo di lavoro, proposto da Andrew et al. nel 2007, consente di evitare i fenomeni di ridondanza all'interno di strutture diagnostiche dimensionali. Infine, sulla base delle correlazioni descritte e in accordo con diversi studi recenti sulla organizzazione gerarchica della personalità e della patologia della personalità, utilizzando l'analisi gerarchica dei cluster, abbiamo individuato tre cluster di terzo rango sovradimensionali ai 10 fattori selezionati. Le relazioni tra i tre cluster identificati, le sottoscale dell'EPQ e dello STAXI e criminologiche sono state esaminate con il test di Spearman e con i test di regressione lineare. L'analisi statistica è stata effettuata con l'ausilio del programma SPSS (Statistical Package for Social Science).

### *Risultati*

Il campione in esame è costituito da 87 soggetti detenuti presso un Istituto Penale per Minorenni (IPM) con un'età compresa tra i 16 e i 21 anni ( $M = 17.89$ ). I criminali che hanno commesso un reato prima dei 18 anni scontano la pena detentiva in un Istituto per minorenni fino all'età di 21 anni, di conseguenza, la popolazione presente in un IPM è estremamente eterogenea per età e maturità psichica. I soggetti in esame hanno ricevuto condanne che vanno tra i 21 e i 378 mesi ( $M = 120$ ), il 78,57% ha commesso reati contro la persona (9 di essi hanno commesso un omicidio), e per la tipologia delle azioni criminose compiute, possono essere classificati come "violent offender" secondo la definizione di McGlashan. Al 32,86% dei soggetti è stata comminata una pena per due o più reati. Il 9,2% non ha alcun titolo di studio, il 41,38% ha un titolo di scuola elementare e il 47,13% ha un titolo di scuola media inferiore. Molti di loro hanno conseguito il titolo durante la permanenza nell'Istituto.

Degli 87 soggetti, solo uno non soddisfa i criteri per alcuna diagnosi di DP, 72 soggetti presentano due o più DP, (*tabella 1*). La diagnosi più frequente nel campione è quella di Disturbo della Condotta (DC) rilevato nell'80% dei soggetti, seguito dai Disturbi di Personalità del sottotipo Paranoide (50,6%), Ossessivo-Compulsivo (49,4%), Borderline (38,8%), Evitante (31,7%) e Narcisistico (31,7%). Vista l'età dei soggetti si è preferito effettuare diagnosi di Disturbo della Condotta piuttosto che di Disturbo Antisociale della Personalità. Inoltre in relazione al valore predittivo del DC sono stati utilizzati gli item di questo quadro diagnostico dell'infanzia per effettuare le analisi fattoriali (*tabella 2*).

Il punteggio ottenuto alle sottoscale dell'EPQ è significativamente superiore alla media della popolazione normativa per ciò che riguarda la scala dell'estroversione (EPQ-E) ( $M = 9.4$ ,  $DS = 2.56$ ) e del nevroticismo (EPQ-N) ( $M = 7.39$ ,  $DS = 2.92$ ). (*tabella 3*). Questi valori sono in linea con altri studi che hanno rilevato, in campioni di giovani violenti, la prevalenza di una modalità psicopatologica sia di tipo esternalizzata che di tipo internalizzata e hanno correlato questi elementi ad aspetti caratteriali rispettivamente di impulsività e di instabilità affettiva.

I punteggi ottenuti allo STAXI dimostrano, nei soggetti in esame, una globale difficoltà nel controllare la rabbia ed una modalità impulsiva nella gestione dell'aggressività. Il 17,9% dei soggetti raggiunge punteggi ritenuti patologici alla scala della rabbia di tratto, il 34,5% dei soggetti raggiunge punteggi patologici alla scala che misura l'introiezione patologica della rabbia, il 28,6% ottiene punteggi patologici alla scala relativa all'espressione impulsiva della rabbia, infine, il 37% dei soggetti ha una gestione della rabbia globalmente patologica. La scala della rabbia di stato

(che documenta la condizione emotiva al momento della somministrazione del test) risulta alta solo nel 4,3% dei soggetti. Questo valore è spiegabile attraverso l'effetto di contenimento emotivo che le regole applicate nel regime detentivo hanno sui soggetti in esame. Questi dati descrivono una campione caratterizzato da una specifica modalità psicopatologica centrata sull'impulsività e sulla gestione inadeguata dell'aggressività, sia nel senso dell'introversione che dell'estroversione. Anche questi dati sono in linea con le evidenze di letteratura (*tabella 4*).

Agli item delle singole diagnosi del DSM-IV rilevati attraverso la SCID-II, è stata applicata la PCA con rotazione Varimax. Sono stati selezionati venticinque fattori definiti nel loro contenuto dagli item che hanno raggiunto al test statistico una saturazione pari o superiore a 0.50 (*tabella 5*). Questi fattori sono stati correlati con le sottoscale dell'EPQ e dello STAXI. Dieci fattori sono risultati correlati significativamente ai questionari di valutazione dimensionale e sono stati selezionati ed organizzati in tre cluster di terzo rango (*tabella 6*).

Il primo e il secondo cluster sono costituiti dai fattori correlati significativamente alle sottoscale dell'EPQ (criterio caratteriologico). Il primo cluster è composto dai fattori positivamente correlati alla scala dell'estroversione, il secondo dai fattori negativamente correlati alla scala dello psicoticismo. Il terzo cluster è costituito dai fattori positivamente correlati ai punteggi della sottoscala Rabbia di Tratto dello STAXI (criterio clinico), (*tabella 7*).

I fattori che non soddisfacevano nessuno dei due criteri sono stati esclusi perché probabilmente non attinenti alla patologia di Asse II relativa al campione in esame. I tre cluster sovradimensionali individuati sono sovrapponibili a tre dei quattro fattori di base emersi in recenti studi sugli aspetti dimensionali della patologia della personalità (Leibing, Jamrozinski, Vormfelde, Stahl, & Doering, 2008) e sono definibili rispettivamente: *Dissocialità*, *Instabilità affettiva* e *Antisocialità*. Il fattore mancante nel nostro campione è chiamato *Psicastenìa* ed esprime modalità psicopatologiche poco rappresentate in popolazioni di detenuti minorenni.

Il cluster "Dissocialità" è costituito da tre tratti del DNP, tre tratti del DIP e due del DOCP. Correla significativamente con la scala Estroversione dell'EPQ, i cui punteggi estremi predicono una marcata espressione di questo cluster di secondo rango.

Il cluster "Instabilità affettiva" è costituito da due tratti del DDP, cinque tratti del DEP, quattro del DBP e quattro del DOCP. Correla negativamente con la scala Psicoticismo dell'EPQ e positivamente con la sottoscala AX/CON dello STAXI (Controllo della rabbia) e predice la capacità di controllo della aggressività da parte di questi soggetti. Una marcata espressione di questo cluster predice la tendenza a commettere un maggior numero di reati ma non è correlato alla gravità dei reati commessi.

Il cluster "Antisocialità" è descritto da tre tratti dei DNP, tre tratti del DBP e da quattro tratti del DC. Elevati punteggi alla scala Nevroticismo dell'EPQ predicono una marcata espressione di questo cluster. Il cluster "antisocialità" correla positivamente con la rabbia di tratto e con la gestione patologica della rabbia. L'espressione marcata di questo cluster predice la presenza di una rabbia di tratto molto intensa e una gestione dell'aggressività spiccatamente patologica (*tabella 8*).

## Conclusioni

La maggioranza dei soggetti del nostro campione presenta almeno un Disturbo di Personalità, con un'elevata frequenza del Disturbo della Condotta e dei disturbi di tipo Paranoide, Borderline, Narcisistico, ed Evitante; molti soggetti presentano tre o più disturbi in comorbidità. Questo dato, in linea con le evidenze della letteratura scientifica, esprime una marcata compromissione clinica di questi soggetti ma non fornisce alcun modello per la comprensione delle loro specificità psicopatologiche e si traduce in una scarsa utilità clinica del modello categoriale. La patologia caratteriale è data da una tendenza all'estroversione e all'irritabilità, come evidenziato dalla media elevata nei punteggi alle scale di Estroversione e Nevroticismo dell'EPQ, e da una difficoltà nel contenere e gestire le emozioni aggressive che vengono estrovertite in modo incontrollato o bloccate con una modalità di ritiro sociale, come emerge alle specifiche scale dello STAXI.

Il nostro studio ci ha consentito di organizzare questi fenomeni psicopatologici in una struttura dimensionale gerarchica. Al livello più basso c'è un pattern di sintomi del DSM IV organizzati in venticinque fattori di secondo rango dai quali sono stati selezionati dieci fattori in base alla loro relazione col temperamento e la forza dell'Io. Questi fattori sono identificabili con i seguenti tratti

caratteriali: senso di grandiosità, rigidità, emotività intensa e inadeguata, instabilità affettiva, inadeguatezza nelle relazioni intime e disagio nelle relazioni sociali, meticolosità, vissuti di solitudine e di abbandono, tendenza allo sfruttamento interpersonale, impulsività e tendenza alla crudeltà.

Questi tratti forniscono una descrizione dimensionale individualizzata di ogni soggetto che è più vicina alla qualità dell'osservazione clinica e che per la sua caratteristica dimensionale è più utile rispetto ai sintomi rappresentati in modo dicotomico. I nostri soggetti, infatti, non sono "impulsivi o non impulsivi", ma esprimono questo tratto in misura maggiore o minore, e tale differenza quantitativa è determinante nel decidere le priorità cliniche e terapeutiche. I tratti, inoltre, sono derivati dalla tradizione nosografica psichiatrica e sono semplici da comprendere e da maneggiare per i clinici tradizionalmente abituati ai costrutti che essi esprimono. La correlazione di questi dieci fattori con le caratteristiche temperamentali e psicopatologiche peculiari del campione in esame ha consentito di organizzarli in tre cluster di terzo rango: la Dissocialità, l'Instabilità affettiva e l'Antisocialità. Questi cluster sono ortogonali tra di loro e rappresentano una cornice categoriale alla descrizione dimensionale della psicopatologia. I cluster hanno un chiaro legame con le varianti estreme delle dimensioni temperamentali di Eysenck, come emerge dalla analisi di regressione. La correlazione con i poli estremi delle dimensioni temperamentali fornisce consistenza e stabilità ai costrutti descritti e li posiziona nell'area della psicopatologia. I cluster, inoltre, predicono la gestione patologica internalizzata o esternalizzata della rabbia e dell'aggressività e predicono il numero di reati commessi.

I dati mostrano come il campione in esame abbia una specificità psicopatologica, non si rilevano in esso, infatti, i tratti del cluster psicastenico e la problematica caratteriale prevalente ruota intorno alla debolezza dell'Io e alla gestione dell'aggressività. Questi elementi, ad una prima lettura, appaiono in discontinuità con le dimensioni della personalità normale e sembrerebbero costituire un settore omogeneo e specifico della psicopatologia clinica.

Il vantaggio di questo modello è legato al fatto che un numero ridotto di tratti di secondo rango descrive efficacemente la psicopatologia specifica individuale all'interno di cluster stabili che hanno una buona capacità di predire le condotte psicopatologiche. Permette, inoltre, di disegnare studi finalizzati a testare la complessità psicopatologica di queste popolazioni e risulta clinicamente più utile delle categorie diagnostiche classiche del DSM IV.

Nel nostro studio, non è possibile individuare fenomeni psicopatologici che presi singolarmente predispongono ai comportamenti criminali, ma il livello di semplificazione descrittiva ottenuto consente di disegnare un pattern di elementi, collegati tra loro da fattori temperamentali e tratti psicopatologici, che può avere un valore euristico nella elaborazione di interventi riabilitativi efficaci. Il punto di forza della ricerca è l'utilizzo di due criteri, clinico e temperamentale, esterni agli item del DSM IV per la creazione dei cluster di terzo rango i quali hanno il pregio di non fondarsi su artifici statistici ma su dati empirici di rilevanza clinica. Il limite metodologico più rilevante è la ridotta numerosità del campione. La ricerca si propone come un studio pilota che necessita di un significativo incremento della numerosità del campione e di un allargamento del modello a campioni di adolescenti appartenenti alla popolazione generale per poter generalizzare le suggestioni psicopatologiche emerse e consolidare, attraverso criteri di validità e stabilità, la struttura gerarchica ipotizzata.

*Tabella 1- Distribuzione della frequenza delle diagnosi di Asse II*

Diagnosi di Asse II (n)	Frequenza	%
0	1	1,1
1	12	14,1
2	23	27
3	18	21,2
4	12	14,1
5	9	10,6
6	6	7
7	3	3,5
8	1	1,2

*Tabella 2 - Frequenza del tipo di diagnosi di Asse II*

DISTURBO DI PERSONALITÀ:	N	%
Schizotipica	2	2,3
Schizoide	4	4,7
Istrionica	9	10,6
Dipendente	15	17,6
Evitante	27	31,7
Narcisistica	27	31,7
Borderline	33	38,8
Ossessivo-Compulsiva	42	49,4
Paranoide	43	50,6
Disturbo della Condotta	68	80

*Tabella 3 - Punteggi alle scale dell' Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)*

EPQ	M	DS
epq/r-e pg	9,2	± 2,4
epq/r-n pg	6,8	± 2,7
epq/r-p pg	3,8	± 1,9

*Tab. 4 - Punteggi T >70 ottenuti alle sottoscale dello State Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*

STAXI Sottoscale:	punteggi T > 70	
	N	%
S-Rabbia	7	4,3
T- Rabbia	15	17,9
T-Rabbia/T	8	9,2
T-Rabbia/R	16	19
Rabbia-In	29	34,5
Rabbia- Out	24	28,6
Rabbia -Con	10	13
Rabbia - Ex	31	37



Tabella 5 – Analisi delle Componenti Principali con Rotazione Varimax sugli item della Structured Clinical Interview for DSM (SCID-II)

Fattori	ITEM DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ		Fattori	ITEM DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ	
DIP - 1					
	<i>inappropriata seduttività</i>	0,61	DOCP-1	<i>perfezionismo</i>	0,58
	<i>espressione esagerata delle emozioni</i>	0,70		<i>attenzione ai dettagli</i>	0,60
	<i>egocentrismo</i>	0,67		<i>insistenza a che gli altri si sottomettano</i>	0,66
DSTP-1	<i>ansia sociale</i>	0,75		<i>coscienziosità</i>	0,78
	<i>credenze strane</i>	0,79	DOCP-2	<i>indecisione</i>	0,71
DSTP-2	<i>idee di riferimento</i>	0,73		<i>ostinazione</i>	0,72
	<i>esperienze percettive insolite</i>	0,80	DDP-1	<i>delegare decisioni</i>	0,71
DSP - 1	<i>attività solitarie</i>	0,68		<i>inibizione dell'iniziativa</i>	0,76
	<i>indifferenza alle lodi e alle critiche</i>	0,60		<i>ansia abbandonica</i>	0,61
DSP-2	<i>assenza di desideri sessuali</i>	0,63	DDP-2	<i>disagio della solitudine</i>	0,85
	<i>assenza di piacere</i>	0,52		<i>paura dell'abbandono</i>	0,71
	<i>assenza di emozioni</i>	0,84	DDP-3	<i>incapacità a prendere decisioni</i>	0,60
DPP-1	<i>sospetti di infedeltà</i>	0,52		<i>dipendenza</i>	0,89
	<i>vissuti di sfruttamento</i>	0,46	DNP-1	<i>senso grandioso di importanza</i>	0,50
	<i>mancaanza di fiducia</i>	0,59		<i>fantasie di successo</i>	0,78
	<i>lettura di significati nascosti</i>	0,67		<i>richiesta di attenzione</i>	0,72
DPP-2	<i>rancore</i>	0,70	DNP-2	<i>sfruttamento interpersonale</i>	0,70
	<i>difficoltà a confidarsi</i>	-0,56		<i>vissuto di eccezionalità</i>	-0,52
	<i>sensibilità alle offese</i>	0,44		<i>sentimenti di invidia</i>	0,74
DEP-1	<i>scarse relazioni amicali</i>	0,67	DNP-3	<i>sensibilità alle critiche</i>	0,63
	<i>riluttanza a stabilire relazioni</i>	0,54		<i>mancaanza di empatia</i>	0,77
	<i>evitamento di attività sociali</i>	0,58		<i>scontri fisici</i>	0,64
	<i>reticenza in situazioni sociali</i>	0,70	DC-1	<i>distruzione delle proprietà altrui</i>	0,59
	<i>paura di mostrare ansia</i>	0,54		<i>furti</i>	0,81
DEP-2	<i>percezione esagerata dei pericoli</i>	0,83		<i>furti con aggressione</i>	0,81
	<i>essere ferito dalle critiche</i>	0,59	DC-2	<i>fughe da casa</i>	0,75
DBP-1	<i>alternanza di idealizzazione e svalutazione</i>	0,63		<i>uso di armi</i>	0,76
	<i>rabbia</i>	0,81		<i>crudeltà sulle persone</i>	0,81
	<i>impulsività</i>	0,72		<i>appiccare incendi</i>	0,54
DBP-2	<i>instabilità affettiva</i>	0,70	DC-3	<i>assenteismo scolastico</i>	0,68
	<i>disturbo di identità</i>	0,56		<i>crudeltà su animali</i>	0,60
	<i>vuoto e noia</i>	0,69		<i>menzogne</i>	0,70
	<i>angoscia abbandonica</i>	0,67			

Tabella 6 – Correlazione tra i fattori e le scale dimensionali

	fattore1 DNP	fattore2 DNP	fattore-1 DBP	fattore2 DBP	fattore1 DEP	fattore2 DDP	fattore1 DDCP	fattore2 DDCP	fattore2 DIP	fattore2 DDC
CRITERIO I										
epq/r-e pz	0,25							0,24	0,26	
epq/r-n pz										
epq/r-p pz	-0,22			-0,35	-0,22	-0,22	-0,22			0,26
s-rabbia punti T			0,22							0,25
CRITERIO II										
t-rabbia punti T		0,23	0,28	-0,23				-0,31		0,39
t-rabbia/t punti T	-0,24			-0,27						0,37
t-rabbia/r punti T										
ax/in punti T										0,27
ax/out punti T			0,24	-0,24				-0,29		0,46
ax/con punti T			-0,25	0,24			0,24			-0,32
ax/ex punti T			0,36							0,53

Tabella 7 - Struttura dei cluster di terzo rango

ITEM DEL DSM IV	FATTORI	CLUSTER
		Cluster 1 Dissocialità
Ha un senso grandioso di importanza	fattore-1 DNP Senso di grandiosità	Alfa = 0,55
È assorbito da fantasie di successo		
Richiede eccessiva ammirazione		
Adotta una modalità improntata all'avarizia	fattore-2 DOCP Rigidità	
Manifesta rigidità e testardaggine		
Mostra un'inappropriata seduttività	fattore-2 DIP Emotività inadeguata	
Espressione esagerata delle emozioni		
È a disagio se non è al centro delle situazioni		
		Cluster 2 Instabilità
Instabilità affettiva	fattore-2 DBP Instabilità affettiva	Alfa = 0,66
Alterazione dell'identità		
Sentimenti cronici di vuoto		
Sforzi disperati di evitare un abbandono		
È inibito nelle relazioni intime	fattore-1 DEP Problemi relazionali	
È riluttante ad entrare in relazione		
Si preoccupa di essere rifiutato in situazioni sociali		
Si vede socialmente inetto		
È inibito in situazioni interpersonali		
Perfezionismo	fattore-1 DOCP Meticolosità	
Attenzione ai dettagli		
Difficoltà a delegare		
Esageratamente coscienzioso		
Si sente a disagio quando è solo	fattore-2 DDP Solitudine-abbandono	
Si preoccupa di essere lasciato da solo		
		Cluster 3 Antisocialità
Sfruttamento interpersonale	fattore-2 DNP Sfruttamento interpersonale	Alfa = 0,26
Spesso è invidioso degli altri		
Crede di essere speciale		
Relazioni interpersonali instabili	fattore-1 DBP Impulsività	
Impulsività		
Rabbia immotivata e intensa		
Fughe da casa	fattore-2 DDC Crudeltà	
Uso di armi		
Crudeltà sulle persone		
Incendi		

Tabella 8 – Regressioni tra cluster e variabili psicopatologiche e criminologiche

CLUSTER	Scale dell'EPQ e dello STAXI	Rho	R	R <sup>2</sup>	B	β	F	p
Cluster 1 – Dissocialità	EPQ-E	0,32	0,40	0,15	0,15	4,01	16,07	<0,01
Cluster 2 – Instabilità Affettiva	EPQ-P	-0,39	0,27	0,06	-0,13	-2,58	6,67	<0,05
	AX/CON pt T	0,22	0,59	0,34	0,19	2,05	21,82	<0,01
	N. DI REATI	0,29	0,25	0,05	2,09	0,25	4,38	<0,05
Cluster 3 – Antisocialità	EPQ-N	-	0,22	0,03	2,02	0,22	4,04	0,05
	S-RABBIA pt T	0,32	-	-	-	-	-	-
	T-RABBIA pt T	0,48	0,38	0,13	3,66	0,38	13,42	<0,01
	AX/IN pt T	0,25	-	-	-	-	-	-
	AX/OUT pt T	0,48	-	-	-	-	-	-
	AX/EX pt T	0,62	0,48	0,22	4,89	0,48	23,90	<0,01

### Bibliografia

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, 4th Edition. Text revised (DSM-IV TR). Washington DC: American Psychiatric Press.

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

Blatt, S.J., Auerbach, J.S., Zuroff, D.C., & Shahar, G. (2006), "Evaluating efficacy, effectiveness, and maturative factors in psychodynamic psychotherapies". In PMD TASK FORCE, Psychodynamic Diagnostic Manual. Alliance of Psychoanalytic Organizations, Silver Spring, MD: 446-475

Casey, P. (2000). The epidemiology of personality disorders. In P. Tyrer (Ed.). Personality disorders: Diagnosis, management and course: 71–79. London: Arnold.

Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., Johnson, J.G., Crawford, T., & Gordon, K. (2005). Adolescent Cluster A personality disorder symptoms, role assumption in the transition to adulthood, and resolution or persistence of symptoms. *Development and psychopathology* 2005 Spring;17(2):549-68.

Coles, C.J., Greene, A.F., & Braithwaite, H.O. (2002). The relationship between personality, anger expression, and perceived family control among incarcerated male juveniles. *Adolescence*. 2002 Summer;37(146):395-409.

Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. (2009). La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia. Milano: Raffaello Cortina.

Dodge, K.A. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental psychology*, 39, 2: 349-371.

Eysenck, H.J., (1991). Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimension of personality. *Journal of Personality Disorder*, 58: 245-261.

Eysenck, H.J., Eysenck, S.B.G. & Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, pp. 21-29.

Eysenck, S.B., & Eysenck, H.J. (1972). The questionnaire measurement of psychoticism. *Psychological Medicine*, 2 (1). 50-55.

Freud, S. (1914). Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'uomo dei lupi), OSF, vol.7.

Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Morey, L.C., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Shea, et al. (2001). Internal consistency, intercriterion overlap and diagnostic efficiency of criteria sets for DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001 Oct;104(4):264-72.

Herzig, A., & Licht, J. (2006). Le ricerche empiriche a favour dell'approccio diagnostico *symptom-based* del DSM. Tr. it. In PDM Task Force.(2006). PDM. Manuale diagnostico psicodinamico. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2008.

Hiscoke, U.L., Langstrom, N., Ottosson, H., & Grann, M. (2003). Self-reported personality traits and disorders (DSM-IV) and risk of criminal recidivism: A prospective study. *Journal of Personality Disorders*, 17, 293–305.

Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A.E., Hamagami, F., & Brook, J.S. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2000 Oct;102(4):265-75.

Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A.E., Johnson, J.G., & Brook, J.S. (1999). Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 156:1529-1535.

Kohut, H. (1978). La ricerca del Sé. Trad. it Boringhieri, Torino, 1982.

Krischer, M.K., Sevecke, K., Lehmkuhl, G., & Pukrop, R. (2007). Dimensional assessment of personality pathology in female and male juvenile delinquents. *Journal of Personality Disorder*. 2007 Dec;21(6):675-89.

Krueger, R.F., (1999), The structure of mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56: 921-926

Krueger, R.F., (2005), Continuity of Axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19: 233-261

Krueger, R.F., Hicks, B.M., Patrick, C.J., Carlson, S.R., Iacono, W.G., & McGue, M. (2002), Etiologic connections among substance dependence, antisocial behaviour, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 111: 411-424

Leibing, E., Jamrozinski, K., Vormfelde, S.V., Stahl, J., & Doering, S. (2008). Dimensions of personality--relationship between DSM-IV personality disorder symptoms, the five-factor model, and the biosocial model of personality. *Journal of Personality Disorders*, Feb;22(1):101-8.

Livesley, W.J. (2003). Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder In: K.A. Phillips, M.B. First and H.A. Pincus, Editors, *Advancing DSM. Dilemmas in psychiatric diagnosis*, American Psychiatric Association, Washington, DC (2003), pp. 153–190.

Livesley, W.J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, Apr;21(2):199-224.

Livesley, W.J., Jang, K.L., & Vernon, P.A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55:941–948.

Livesley, W.J. (2006). Behavioral and molecular genetic contributions to a dimensional classification of personality disorders. In Widiger, T.A., Simonsen, E., Sirovatka, P.J., Regier, D.A., (Eds.), *Dimensional Models of Personality Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 39-54.

Moffitt, T.E. (2003), Life-course-persistent and Adolescence-limited antisocial behaviour: A 10-year research review and a research agenda. In: Lahey B., Moffitt T.E., Caspi A. (Eds.), *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*. New York: Guilford.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at 26 age. *Development and Psychopathology*, 14: 179-206.

- Mulder, R.T., & Joyce, P.R. (1997). Temperament and the structure of personality disorder symptoms. *Psychological Medicine*, Jan;27(1):99-106.
- Mullen, P.E. (2007). Dangerous and severe personality disorder and in need of treatment. *British Journal of Psychiatry*, Suppl. May; 49: s 3-7.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., & Bender, D.S. (2005). (Eds.), *Trattato dei disturbi di personalità*. (Trad. it.) Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- Paris, J. (2006). Neurobiological dimensional models of personalità: A review of three models. In In Widiger, T.A., Simonsen, E., Sirovatka, P.J., Regier, D.A., (Eds.), *Dimensional Models of Personality Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 61-72
- PDM Task Force.(2006). PDM. Manuale diagnostico psicodinamico. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- Rounsaville, B.J., Alarcon, R.D., Andrews, G., Jackson, J.S., Kendell, R.E. and Kendler, K. (2002). Basic nomenclature issues for DSM-V In: D.J. Kupfer, M.B. First and D.E. Regier, Editors, *A research agenda for DSM-V*, American Psychiatric Association, Washington, DC:1-29.
- Spielberger, C.D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M. & First M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8):624-9
- Thompson-Brenner, H., Westen, D. (2005), "Personality subtypes in eating disorders: Validation of a classification in a naturalistic sample". In *British Journal of Psychiatry*, 186, pp. 516-524
- Trull, T.J. (2005). Dimensional models of personality disorder: coverage and cutoffs. *Journal of Personality Disorders*, Jun; 19(3):262-82.
- Verheul, R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 19(3): 283-302.
- Westen D., & Shedler J. (1999b). Revisione e valutazione dell'Asse II, Parte II: verso una classificazione dei disturbi di personalità empiricamente fondata e clinicamente utile. Trad. it. in: Westen D., Shedler J., Lingardi V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. pp. 95-124, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001), "personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and II". In *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 547-562
- Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revisione e valutazione dell'Asse II, Parte I: lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido. Tr. it. in: Westen D., Shedler J., Lingardi V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. pp.61-94, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens A. (2003). Personality Diagnoses in Adolescence: DSM-IV Axis II Diagnoses and an Empirically Derived Alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160: 952-966.
- Widiger, T.A., & Costa P.T.jr. (2002). Five-factors model personalità disorder research. In Costa, P.T. jr, Widiger, T.A. (Eds.) *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*, 2<sup>nd</sup> ed. American Psychological Association, Washington, DC.
- Widiger, T.A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, W.J., Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19(3): 315-338.
- Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Hennen J., Reich D.B., & Silk K.R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, Oct; 19(5): 505-23.